

**UNIVERSITÉ LAURENTIENNE**

**STAGE SPÉCIALISÉ AVEC ESSAI PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA  
MAÎTRISE EN SERVICE SOCIAL**

**PAR**

**KAYTLIN DOWDALL**

**L'ÉTUDE DES TRAUMAS VÉCUS DANS L'ENFANCE ET SES IMPACTS SUR  
L'ÉCLOSION DES MALADIES MENTALES À L'ÂGE ADULTE**

**LE 9 AVRIL, 2018**

**© Kaytlin Dowdall**

**Droit Réserve**

## RÉSUMÉ

Cet essai s'inscrit dans le cadre du stage spécialisé de la maîtrise en service social. Il porte sur l'étude des traumatismes vécus dans l'enfance et leurs impacts sur l'éclosion des maladies mentales à l'âge adulte. Son objectif général vise à saisir la nature, les causes et les différentes formes de traumatismes, vécus dans l'enfance, qui ont des impacts sur l'apparition des maladies mentales à l'âge adulte. La gravité croissante de ce phénomène, la pénurie des services de traitement spécialisé et des ressources d'intervention précoce, d'appui et de prévention, mettent en évidence la nécessité des solutions urgentes, au niveau personnel, familial, social et relationnel. Cette problématique, peu explorée, par la littérature dominante, nous interpelle en raison des observations personnelles et professionnelles que nous avons effectuées et des constats que nous avons établis sur l'envergure sociale de ce phénomène peu pris en charge. Les résultats de cette recherche contribueront alors au développement de nouvelles pistes de recherche, et à l'implémentation des politiques de protection préventive de l'enfance et de la famille, en vue de l'éradication progressive des formes d'abus qui mènent à l'éclosion des maladies mentales à l'âge adulte. De ce fait, le renouvellement et le renforcement des stratégies d'intervention psychosociale, structurelle et familiale en travail social et en santé mentale serviront à l'amélioration des conditions de vie des victimes. Les perspectives, les propositions et les recommandations les plus pertinentes, contribueront ainsi à l'apport de solutions viables, à la prévention et au traitement des traumatismes d'enfance et de leurs impacts psychopathologiques à l'âge adulte.

Mots clés : enfants, adultes, traumatismes, abus physique, abus sexuel, abus émotionnel, négligence, maladie mentale, impacts, éclosion, intervention.

## REMERCIEMENTS

Je veux saisir cette opportunité pour montrer ma gratitude à mes parents et à mon époux. Merci infiniment à mes parents pour m'avoir donné le goût de me surpasser et de m'avoir encouragé toutes ces années. Merci à mon époux pour tout son soutien, son support, sa patience et son encouragement durant les moments difficiles. Sans votre soutien, toute cette aventure n'aurait pas été possible. Je vous serai éternellement redevable pour le temps et l'espace que vous m'avez fourni.

Je remercie également mon directeur de stage spécialisé et mon professeur, M. Ousmane Bakary Bâ, pour son incomparable efficacité, et sa générosité intellectuelle qui m'ont grandement aidé dans la réalisation de cet essai. À toi, auprès de qui j'ai appris le sacrifice, la générosité, qui m'a aidé et encouragé aux moments opportuns. En outre, à Éric Soulière, mon deuxième lecteur, merci pour ta disponibilité et le temps consacré à me soutenir. Je suis reconnaissante pour le temps que vous m'avez consacré tout au long de l'expérience enrichissante. Je tiens aussi à remercier l'École de service social pour cette expérience inoubliable.

Mes remerciements et ma reconnaissance sont exprimés à toutes les personnes qui ont contribué directement ou indirectement à la réussite de mon stage spécialisé et de cet essai qui en est le résultat.

## **LISTE DE TABLEAUX**

Tableau 1 : Tableau opérationnel des concepts et des dimensions à l'étude.....	24
Tableau 2 : Profils et nombre de clients rencontrés au stage spécialisé.....	32

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Système capitaliste et formes d'iatrogénèse sociale, structurelle et clinique.....	5
Figure 2 : Adversité chronique de l'enfance et apparition de la psychopathologie durant les trois étapes de la vie.....	8
Figure 3 : Relation entre plusieurs formes de maltraitances de l'enfance et de la santé mentale à l'âge adulte .....	9
Figure 4 : Profils d'adversité infantile et psychopathologie à l'âge adulte au Nord de l'Irlande.....	10
Figure 5 : Violence infantile et psychopathologie à vie dans un échantillon communautaire.....	12

## **LISTE D'ABRÉVIATIONS**

SSPT : Syndrome de stress post-traumatique

HSN : Horizon Santé-Nord

ACE : Adverse Childhood Experience

## TABLE DE MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	ii
REMERCIEMENTS.....	iii
LISTE DE TABLEAUX.....	iv
LISTE DES FIGURES.....	v
LISTE D'ABRÉVIATIONS.....	vi
 INTRODUCTION.....	 1-2
PARTIE 1: PROBLÉMATIQUE.....	3-13
1.1 Sujet du stage spécialisé.....	3
1.2 Description de l'objet du stage.....	3-4
1.3 Nature du problème et de ses causes sociales dans le contexte du stage .....	4-6
1.4 Justifications personnelles et sociales de l'intérêt et du choix du sujet à l'étude.....	7
1.5 Portée sociale du problème à l'étude dans son double contexte.....	7-10
1.6 Contexte macrosocial général.....	11
1.7 Contexte microsocial particulier.....	12-13
1.8 Principale question de départ .....	13
 PARTIE 2: BUTS ET DOUBLE PERTINENCE.....	 14-19
2.1 Buts.....	14
2.2 Double pertinence.....	15
2.3 Pertinence théorique.....	15-18
2.4 Pertinence pratique et sociale.....	18-19
 PARTIE 3: CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE.....	 20-29
3.1 Définition des concepts centraux.....	20-21
3.2 Délimitation et définition des concepts et des dimensions à l'étude.....	21-23
3.3 Tableau opérationnel des concepts et des dimensions à l'étude.....	23-25
3.4 Synthèse critique de la littérature.....	26-29

PARTIE 4: CADRE MÉTHODOLOGIQUE DU DÉROULEMENT DU STAGE.....	30-42
4.1 Type de stage.....	30-31
4.2 Population cible du stage.....	31
4.3 Profils et nombre de clients rencontrés.....	32-33
4.4 Délimitation du nombre de clients .....	33
4.5 Technique de collecte des données du stage spécialisé.....	34
4.6 Instrument de collecte des données du stage.....	34-35
4.7 Démarche d'analyse .....	35
4.8 Construction du cadre d'analyse des données.....	36-38
4.9 Limites du stage spécialisé.....	38
4.10 Considérations éthiques du stage .....	38
4.11 Autoévaluation.....	39-42
 PARTIE 5: CADRE EMPIRIQUE : LES RÉSULTATS DU STAGE SPÉCIALISÉ .....	43-78
5.1 Orientation théorique et inscription de l'analyse des données du stage dans le paradigme de référence.....	43
5.2 Cadre d'analyse des données.....	44
5.3 Thématisation et sous-thématisation des données.....	44-45
5.4 Analyse thématique, interprétation, discussion et synthèse critique des résultats du stage spécialisé.....	45-46
5.4.1 Traumatismes de l'enfance.....	47-63
5.4.2 Impacts sur l'apparition des maladies mentales à l'âge adulte.....	64-73
5.5 Conclusion générale.....	74-78
 PARTIE 6: BIBLIOGRAPHIE.....	79-90
ANNEXE A.....	92-94
ANNEXE B.....	95
ANNEXE C.....	96
ANNEXE D.....	97
ANNEXE E.....	98



## INTRODUCTION

À la lumière de cet objet, ce présent travail revêt une pertinence par rapport à ce cours et par rapport aux exigences de la maîtrise. Le sujet de notre projet de stage spécialisé revêt une importance cruciale, car elle s'adresse à la discipline du service social et à ses objets d'interventions dans le cadre des traumatismes vécus dans l'enfance et ses impacts sur l'éclosion des maladies mentales à l'âge adulte.

Cette problématique semble peu explorée par la littérature dominante sur la question des rapports entre les traumatismes vécus dans l'enfance et ses impacts sur l'éclosion des maladies mentales à l'âge adulte. Ce sujet nous interpelle en raison des observations personnelles et professionnelles que nous avons effectuées et des constats que nous avons établis sur la gravité croissante de ce phénomène qui demeure une problématique peu prise en charge.

Le sujet est d'une actualité fondée sur la nécessité d'effectuer un stage spécialisé pour mieux documenter de manière théorique, méthodologique et empirique la réalité vécue par des professionnels du secteur du travail social qui indiquent qu'un manque de service et de support existe, menant donc au besoin d'un apport de solution et d'orientation adéquat.

L'essai de notre stage spécialisé a comme but de contribuer de manière beaucoup plus originale, dans l'apport des solutions possibles et de mieux consolider ou innover les stratégies d'intervention dans le domaine des traumatismes. Nous faisons l'approfondissement de la problématique pour mieux situer notre posture épistémologique dans l'objectivation de celle-ci en mettant en valeur le rapport de notre expérience personnelle avec ce problème dont l'ampleur a un effet à la fois macro et microsocial.

À la lumière de cette introduction, voici les différentes parties que nous allons aborder. Le cadre théorique situe, premièrement, la problématique. Cette problématique nous permet d'explorer la nature de ce qui cause le problème et qui en est la peine de faire un essai de stage spécialisé. Dans ce problème, nous exposons les raisons qui motivent notre choix d'un tel sujet au lieu d'un autre.

La réflexion sur ces raisons et les motifs de notre choix intègre la dimension de notre expérience personnelle et professionnelle, qui constitue une base importante de notre rapport avec ce sujet. Après la problématique, nous poserons les buts et les pertinences de notre essai de stage spécialisé. Ces buts comprennent un objectif général et plusieurs objectifs spécifiques.

La double pertinence de cet essai de stage spécialisé comporte la pertinence théorique de notre essai de stage spécialisé et de notre sujet qui sert à expliquer les contributions potentielles de nos résultats de notre essai de stage spécialisé aux différentes écoles de pensée, aux diverses approches théoriques qui sont en vigueur pour les services sociaux et plus particulièrement dans le domaine de notre sujet.

À la lumière de cette pertinence théorique, il sera question de situer la pertinence pratique et sociale de notre essai de stage spécialisé. Elle consiste à décrire l'utilité sociale et pratique que les résultats de notre essai du stage spécialisé vont comporter pour les bénéfices de la population dans le domaine des traumatismes d'enfance et de leurs impacts sur l'apparition des maladies mentales à l'âge adulte. Le cadre conceptuel de notre essai de stage spécialisé servira à définir les concepts centraux et à en dégager les dimensions à l'étude. Ces concepts centraux constitueront les supports théoriques fondamentaux sur lesquels se fonde la validité de ce travail.

La revue de la littérature fera la synthèse des écrits de notre essai de stage spécialisé d'après la perspective multidisciplinaire des auteurs qui l'ont abordée diversement. Quant aux dimensions de l'étude, nous allons dégager des concepts qui serviront à élaborer les contenus des questions de notre instrument de cueillette d'entrevue. Enfin, la méthodologie sera décrite selon la perspective qualitative qui a été adoptée dans le cadre de cet essai de stage spécialisé. La partie empirique couvre l'ensemble des techniques et des approches du cadre d'analyse des données qui seront opérées dans une démarche qualitative.

## **PARTIE 1 : PROBLÉMATIQUE**

### **1.1 Sujet du stage spécialisé**

Le titre de mon essai est le suivant : *Étude des traumatismes vécus dans l'enfance et ses impacts sur l'éclosion des maladies mentales à l'âge adulte.*

### **1.2 Description de l'objet du stage**

La situation sociale culturelle des jeunes, ayant vécu des traumatismes, est une question d'actualité ainsi qu'une question centrale de notre époque. La question des traumatismes vécus dans l'enfance et leurs impacts sur l'éclosion des maladies mentales à l'âge adulte sont fondamentaux, mais tabous dans notre société actuelle. Cette situation est entourée d'un silence partout en famille et en société. Un tel silence ne contribue qu'à son aggravation pathologique de plus en plus tragique qui touche toutes les catégories sociales de la population.

Étouffer le problème et le banaliser au point que son aggravation risque d'être intégrée comme une normalité n'est pas une solution. Les porteurs des maladies mentales sont perçus comme contagieux aux yeux de la société capitaliste. De plus, les gens ne veulent pas se solidariser. Le secret des traumatismes vécus dans l'enfance et la représentation de la réalité poussent l'enfant vers la folie et aggravent la problématique.

Ce problème révèle plusieurs dimensions non explorées par les tensions dominantes de la littérature. C'est pourquoi nous proposons dans cet essai de stage spécialisé, de documenter théoriquement, méthodologiquement et empiriquement ce sujet dont la retomber, en matière de résultats, contribuera à jeter un nouvel éclairage sur cette problématique. De plus, tel stage spécialisé nous permettra de proposer des solutions fiables pour favoriser des actions communautaires qui puissent contrer des effets des traumatismes qui précipitent l'éclosion des maladies mentales à l'âge adulte.

La prise en charge de l'histoire sociale des traumatismes vécus dans l'enfance servira à mieux promouvoir la prévention et l'intervention thérapeutique efficace des maladies mentales vécues à l'âge adulte. À la lumière de ces dimensions non explorées, notre question de recherche

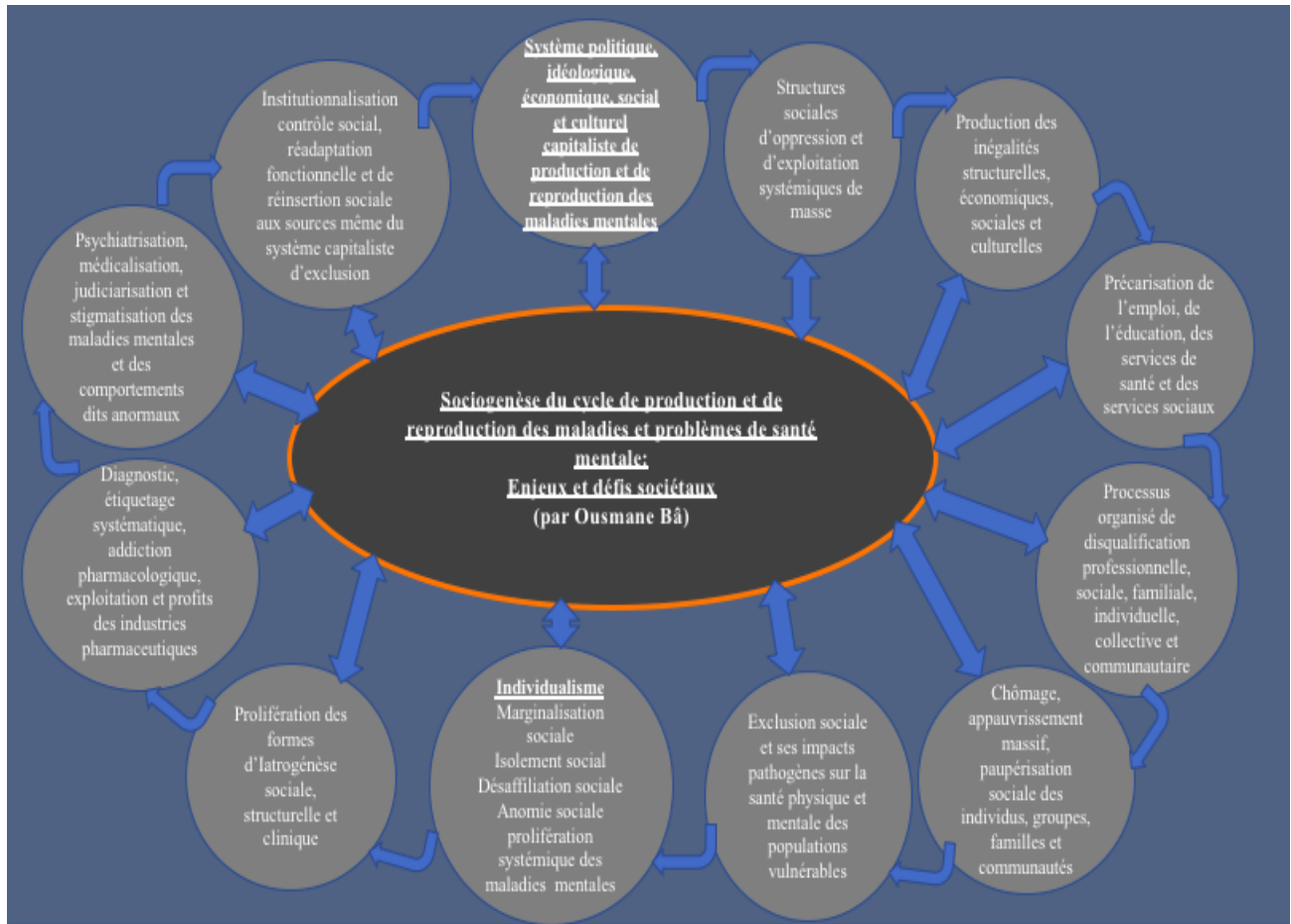
a pour objectif de connaître la nature, les causes et les différentes formes de traumatismes vécues qui engendrent des maladies mentales à l'âge adulte.

### **1.3 Nature du problème et de ses causes sociales dans le contexte du stage**

Le manque de recherches empiriques, de littérature pertinente et d'interventions appropriées pose un problème qui a des répercussions sérieuses au sein de la société. C'est-à-dire que la problématique des traumas vécus dans l'enfance, où les concepts qui y sont associés sont abstraits, les causes sociales complexes, et peu documentées. Le manque de documentation conduit à une incompréhension de la problématique dans son ensemble. De ce fait, les traumas vécus dans l'enfance et leurs impacts sur l'éclosion des maladies mentales à l'âge adulte ne font pas l'objet d'interventions ou de préventions thérapeutiques. Ce qui en découle est un manque de traitement et de services communautaires.

Les causes sociales qui mènent au manque de recherches empiriques, de littérature pertinente et d'interventions appropriées, sont complexes, car elles se rapportent au système politique en faveur du capitalisme. Ce système capitaliste choisit de rendre les symptômes, qui résultent des traumas vécus dans l'enfance menant à l'éclosion des maladies mentales à l'âge adulte, pathologique. Plus précisément, les bureaucrates choisissent de médicaliser le phénomène afin d'en maintenir le contrôle et d'en faire un profit, plutôt que d'investir dans les modèles primaires, secondaires et tertiaires de prévention. Ils maintiennent ainsi un contrôle sur la population, dans son ensemble, lorsqu'ils identifient les différences qui existent entre ceux qui sont désignés comme ayant des maladies mentales et ceux qui ne le sont pas (Bâ. Ousmane Bakary, 2017, Bloc 2, Jour 2).

**Figure 1**



Source : Bâ. Ousmane Bakary, 2017. SESO : 5197 FL 01 : Séminaire thématique de maîtrise : Travail social et Santé mentale. Note de cours : Bloc 3.

Comme l'illustre cette figure, cette société capitaliste ne favorise pas la solidarité individuelle et collective. Au contraire, elle encourage l'isolement, la solitude, l'anomie sociale, la désaffiliation sociale par l'effondrement des liens sociaux fondateurs, ainsi qu'un monde où ceux qui souffrent des maladies mentales sont stigmatisés. Les traumatismes vécus dans l'enfance sont les résultats et les conséquences d'un tel système capitaliste sur les individus, les familles, les groupes et les communautés fragilisés. Ces traumatismes sont souvent refoulés et réprimés dans l'inconscient individuel et collectif des personnes opprimées. Le système capitaliste qui se réclame d'une démocratie et d'un système de protection constitue au contraire la source directe

ou indirecte de production et de reproduction des maladies mentales. Ces maladies mentales ne font plus l'objet d'une responsabilité collective qui impliquerait le rôle de prise en charge de la part du système sociale, de l'état et de ces instances. Elles font plutôt l'objet d'un transfert sur la responsabilité des individus qui en souffrent, c'est-à-dire, ceux qui sont malades mentaux sont coupables de leurs maladies mentales. Or, en vérité la maladie mentale traduit toujours un malaise d'origine collective et sociale plutôt qu'individuelle. Dès lors, ces individus qui désirent éviter les préjugés choisissent souvent de cacher leurs symptômes et leurs diagnostics (Bâ. Ousmane Bakary, 2017, Bloc 2, Jour 1). Par conséquent, ils ne sont pas toujours capables de créer les liens qui assureraient le soutien nécessaire. De ce fait, les enquêtes qui visent à étudier les traumatismes vécus dans l'enfance et à faire une corrélation avec l'éclosion des maladies mentales à l'âge adulte ne sont pas effectuées.

D'une autre lentille, lorsque le système capitaliste rend les maladies mentales pathologiques, un profit leur est disponible (Bâ. Ousmane Bakary, 2017, Bloc 2, Jour 1). Le système capitaliste qui encourage la surconsommation, le profit et l'exploitation des populations contribue à la promotion des entreprises pharmaceutiques, en conjonction avec les médecins, dans le processus d'industrialisation de la santé en société. Le phénomène de la médicalisation massive des individus, des familles, des groupes et des communautés est renforcé par d'innombrables diagnostics impliquant la consommation outrancière des médicaments pour le traitement de maladies mentales qui deviennent de plus en plus chroniques. Les agents du système capitaliste ne travaillent pas pour le bien-être des populations vulnérables. Ils contribuent plutôt à l'inégalité et à l'approfondissement des inégalités sociales entre riches et pauvres pour que les riches continuent de s'enrichir et que les pauvres continuent de s'appauvrir. Ils ne cherchent pas à éliminer les racines causales des maladies mentales dans la société, mais contribuent plutôt à les entretenir de façon permanente pour mieux assurer leur contrôle social de la population. Car, en rendant une population malade, on la rend incapable de changement social. Au lieu d'un véritable travail de guérison des individus et des groupes affectés par des problèmes de santé mentale, c'est la prescription constante de la pilule qui est privilégiée pour assurer la dépendance individuelle et collective des personnes au profit du développement de l'industrie de l'anxiété (Bâ. Ousmane Bakary, 2017, Bloc 2 - Jour 1).

#### **1.4 Justifications personnelles et sociales de l'intérêt et du choix du stage à l'étude**

En raison de notre stage spécialisé et de nos expériences professionnelles, nous avons constaté que l'ampleur des traumatismes vécus dans l'enfance, qui mènent à l'éclosion des maladies mentales à l'âge adulte, n'est pas pleinement comprise ou prise en compte dans la société. C'est-à-dire que les divers traumatismes vécus dans l'enfance peuvent inciter ces adultes à faire des choix qui sont trop souvent mal compris par leurs familles ou leurs communautés. Ils sont alors rejetés. En conséquence, plusieurs se retirent de leurs groupes familiaux ou de leurs communautés, car ils ne sont pas en mesure de maintenir des liens avec ces derniers (Bâ. Ousmane Bakary, 2017, Bloc 2 - Jour 1). Ils se tournent vers ceux qui sont semblables à eux et qui comprennent leurs douleurs. Incapable de maintenir des emplois et voulant s'échapper des traumatismes vécus et réussir à vivre avec les symptômes des maladies mentales qui les affligent, certains deviennent criminels, toxicomanes ou accros au sexe, au jeu...

Au cours de notre trajectoire, nous avons tenté de comprendre les traumatismes que ces individus ont vécus dans leur enfance afin d'identifier les conséquences qui en résultent. Plus précisément, nous avons voulu comprendre la subjectivité des gens. Nous avons vite réalisé qu'en raison du fait que nous n'avons pas vécu de telles expériences nuisibles, notre perception de ces traumatismes est très différente de celle des victimes. Un écart existe donc entre nous parce que nous n'avons pas vécu les mêmes expériences de vie. Nous avons alors compris qu'« il y a ici la nécessité pour le professionnel de se décentrer de lui-même afin d'entendre la subjectivité de l'autre et de l'aider au moment précis où il atteint sa limite particulière » (Larose et Fondaire, 2011, p. 98).

#### **1.5 Portée sociale du problème à l'étude dans son double contexte**

Les statistiques ci-dessous démontrent que les Canadiens, ainsi que leurs frères et sœurs aux quatre coins du monde, y incluant ceux du Mexique, de l'Irlande et des États-Unis, souffrent en raison de cette problématique. On peut dire que la situation, qui est de proportion épidémique, a des répercussions sérieuses pour les générations présentes et celles qui sont à venir.

Figure 2

	N	Weighted Prevalence		% of those with this adversity who also had at least 1 other		Mean # of adversities among those with more than 1	
		%	SE	%	SE	%	SE
<i>Family pathology</i>							
Parent mental illness	170	7.2	0.5	86.4	3.3	3.5	0.1
Parent substance	233	9.9	1.0	79.5	3.5	3.4	0.1
Parent criminal	102	4.3	0.5	79.2	5.6	4.1	0.2
Family violence	474	20.1	1.2	72.4	2.8	3.1	0.1
<i>Abuse/neglect</i>							
Physical abuse	460	19.5	1.0	72.5	2.7	3.1	0.1
Neglect	174	7.4	0.6	83.5	4.3	3.8	0.1
Sexual abuse	51	2.2	0.5	89.9	3.4	3.4	0.2
<i>Interpersonal loss</i>							
Parent died	305	12.9	1.0	55.2	5.0	2.6	0.1
Parent divorce	150	6.3	0.8	72.1	4.6	2.9	0.1
Other parent loss	137	5.8	0.5	77.0	5.1	3.5	0.1
<i>Other adversity</i>							
Physical illness	100	4.2	0.8	74.5	7.0	3.0	0.1
Economic adversity	71	3.0	0.5	61.0	8.8	2.4	0.1
<i>Any adversity</i>	1288	54.5	1.6	49.9	1.8	2.8	0.0

Source: Journal of Psychiatric Research, Chronic Childhood Adversity and Onset of Psychopathology during Three Life Stages: Childhood, Adolescence and Adulthood, 2010.

De cet échantillon représentatif d'une population mexicaine, les chercheurs ont analysé 12 types d'adversités identifiés durant l'enfance qui ont mené à l'éclosion de 20 troubles psychiatriques à l'âge adulte (Benjet, Borges et Medina-Mora, 2010, p. 733). Les résultats de ce recherche démontrent que toutes les adversités dans l'enfance, à l'exception de ceux qui se rapportent aux problèmes économiques et à la mort parentale, sont des facteurs de prédiction significatifs pour la psychopathologie à l'âge adulte (Benjet Borges et Medina-Mora, 2010, p. 735).



Figure 3

TABLE 3. Prevalence of Mutually Exclusive Categories of Childhood Maltreatment Among 8,188 Adult Members of a Health Maintenance Organization, by Gender <sup>a</sup>				
Category of Maltreatment	Men (N=3,777)		Women (N=4,411)	
	N	%	N	%
No abuse (N=4,666)	2,177	57.6	2,489	56.4
Witnessing of maternal battering (N=307)	139	3.7	168	3.8
Physical abuse (N=1,098)	622	16.5	476	10.8
Sexual abuse (N=899)	355	9.4	544	12.3
Witnessing of maternal battering plus physical or sexual abuse (N=500)	227	6.0	273	6.2
Physical abuse plus sexual abuse (N=457)	168	4.5	289	6.6
Witnessing of maternal battering plus physical and sexual abuse (N=261)	89	2.3	172	3.9
<sup>a</sup> Significant overall difference between groups in distribution of categories of maltreatment ( $\chi^2=97.24$ , $df=6$ , $p\leq 0.0001$ ).				

Source: American Journal of Psychiatry, Relationship Between Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health in Community Respondents : Results from the Adverse Childhood Experiences Study, 2003.

Ce travail de recherche confirme que le chevauchement d'abus est important pour comprendre le regroupement des différents types d'abus durant l'enfance et les effets des facteurs de stress cumulatifs sur l'ajustement futur de la vie chez les hommes et les femmes (Edwards, Holden, Felitti, et Anda, 2003, p. 1457).

Figure 4

Type of childhood adversity	n	%
Parental death	190	10.1
Parental divorce	105	5.2
Other parental loss	58	2.6
Parental mental illness	159	6.1
Parental substance disorder	61	2.2
Parental criminal behaviour	48	1.9
Family violence	124	5.4
Physical abuse	84	3.7
Sexual abuse	61	2.3
Neglect	48	1.9
Physical illness	74	2.8
Economic adversity	190	8.6
<b>Total number of childhood adversities</b>		
Experienced any childhood adversity	723	32.0
One/any <sup>a</sup>	456	62.5
Two/any	154	22.8
Three/any	53	7.5
Four/any	35	3.8
Five or more/any <sup>b</sup>	25	3.4

Note: n = raw un-weighted values, % part 2 weights used. Total sample N = 1986.  
<sup>a</sup> Prevalence estimates in the last five rows represent the proportion of all respondents with any childhood adversity who have exactly one, two, three, four, five or more.  
<sup>b</sup> Maximum number of childhood adversities experienced = 9.

Source: Journal of Anxiety Disorders, Childhood Adversity Profiles and Adult Psychopathology in a Representative Northern Ireland Study, 2015.

Cette enquête, chez une cohorte qui demeure au nord de l'Irlande, a établi qu'un lien existe entre la polyvictimisation à travers 12 adversités indépendantes, les classes d'adversité de l'enfance, la santé mentale subséquente et les résultats suicidaires qui en ont découlé (McLafferty, Armour, McKenna, O'Neil, Murphy et Bunting, 2015, p. 43-44).

## **1.6 Contexte macrosocial général**

Alors, dans le contexte macrosocial général, il est évident que la problématique existe sur un rang domestique et international, car ceux qui ont vécu des traumatismes dans l'enfance ainsi que l'éclosion de maladies mentales à l'âge adulte se retrouve partout. En conséquence, un accroissement morbide bouleverse toutes les classes sociales. En raison du fait que cette problématique n'a pas été prise en charge, une insuffisance d'appui communautaire existe, menant donc à la nécessité urgente de la comprendre pleinement et d'établir des interventions adéquates (Bâ. Ousmane Bakary, 2017, Bloc 2 - Jour 1).

La problématique dans son ensemble est donc un symptôme du système capitaliste qui encourage la consommation de produits ou de services. Comme les causes profondes des problèmes ne sont pas identifiées et traitées de façon adéquate, alors les victimes n'ont pas d'autre choix que d'utiliser les services sociaux à leurs dispositions pour résoudre les problèmes au meilleur de leur capacité. De même, les professionnels qui ont la responsabilité de leur venir en aide, travaillent au sein d'un système de soins de santé médicalisé et restrictif. Ils favorisent l'étude des maladies et des troubles psychiques, car ils n'ont pas accès à d'autres ressources plus favorables. Alors, l'effondrement de la population prend place (Bâ. Ousmane Bakary, 2017, Bloc 2 - Jour 1).

En raison d'une telle mentalité égoïste, la société contemporaine préfère que les enfants qui font l'expérience des traumatismes et les adultes qui souffrent en conséquence des maladies mentales répriment leurs émotions et ne les dévoilent pas au monde extérieur. Ainsi, la société n'a pas à régler les problèmes et peut les ignorer. Une telle absence de conscience de la part des structures sociales et politiques mène les individus à se résigner au modèle qui leur est imposé. C'est la source fondamentale de l'oppression qui engendre la souffrance physique et psychique (Bâ. Ousmane Bakary, 2017, Bloc 2 - Jour 3).

## 1.7 Contexte microsocial particulier

D'une perspective microsociale, le tableau ci-dessous met en évidence que 95% de la cohorte, âgée de 15 à 64 ans, a fait l'expérience de l'abus qui a mené à l'éclosion des maladies mentales à l'âge adulte. Une telle statistique, représentative de la province de l'Ontario, démontre qu'un grand nombre d'enfants souffrent en conséquence de différents types d'abus et doivent faire face aux contrecoups de ceux-ci, quotidiennement, en tant qu'adulte (MacMillan, Fleming, Streiner, Lin, Boyle, Jamieson, Duku, Walsh, Wong et Beardslee, 2001, p. 1880).

Figure 5

Variable	Male Respondents (N=3,338)		Female Respondents (N=3,678)	
	%	95% CI	%	95% CI
Lifetime psychopathology				
Any anxiety disorder	16.5	14.5–18.5	26.5	24.1–28.8
Major depressive disorder	5.0	3.9–6.1	11.7	9.8–13.6
Alcohol abuse/dependence	19.5	17.5–21.5	5.0	3.9–6.2
Illicit drug abuse/dependence	5.9	4.8–7.0	2.0	1.3–2.7
Antisocial behaviors	5.3	4.2–6.3	1.4	0.9–1.8
Any psychiatric disorder	34.4	32.0–36.9	34.6	31.9–37.2
Abuse history				
Physical	29.9	27.2–32.5	21.2	19.0–23.4
Sexual	4.3	3.3–5.3	12.4	10.6–14.3
Any abuse	31.7	29.0–34.5	26.6	24.1–29.1
Socioeconomic status				
Parental education incomplete <sup>a</sup>	53.2	50.3–56.0	56.8	54.0–59.7
Income level below poverty line	8.1	6.3–9.9	10.5	8.9–12.1

<sup>a</sup> The parent who was the respondent's primary financial provider during childhood did not complete high school.

Source: The American Journal of Psychiatry, Childhood Abuse and Lifetime Psychopathology in a Community Sample, 2001.

Cette enquête démontre que l'abus physique ou sexuel durant l'enfance est clairement lié à la psychopathologie au cours de la vie. En ce qui concerne la morbidité psychiatrique, l'agression physique a un impact aussi significatif que l'abus sexuel. De même, les statistiques mettent en évidence que l'expérience des traumatismes durant l'enfance, qui mène aux maladies psychiatriques à l'âge adulte, est plus forte pour les femmes que pour les hommes.

### **1.8 Principale question de départ**

À la lumière de cette problématique, la principale question de départ que nous nous posons dans le cadre de notre stage spécialisé est de savoir quelles sont la nature, les causes et les différentes formes de traumatismes, vécus dans l'enfance, qui ont des impacts sur l'apparition des maladies mentales à l'âge adulte des personnes concernées.

## **PARTIE 2 : BUTS ET DOUBLE PERTINENCE**

La double pertinence dont nous avons discuté consiste à élaborer la pertinence théorique, de notre essai de stage spécialisé et de notre sujet, qui sert à expliquer les contributions potentielles de nos résultats de stage spécialisé aux différentes écoles de pensée et aux diverses approches théoriques qui sont en vigueur par les services sociaux et plus particulièrement dans le domaine de notre sujet.

En partant de cette problématique, nous allons aborder les objectifs et la double pertinence de notre essai de stage spécialisé. Les buts de notre stage spécialisé comptent deux types d'objectifs incluant un objectif général et quatre objectifs spécifiques.

### **2.1 Buts**

- L'objectif général vise à connaître :

- La nature, les causes et les différentes formes de traumatismes, vécues dans l'enfance, qui ont des impacts sur l'apparition des maladies mentales à l'âge adulte.

-Les objectifs spécifiques visent :

- Identifier les différentes causes parentales, familiales, relationnelles, sociales et institutionnelles.
- Décrire les formes et les types d'abus qui engendrent les traumatismes chez les enfants.
- Évaluer les impacts et les conséquences aux niveaux physique et psychique des enfants, aux niveaux familiaux, relationnels, sociaux et institutionnels.
- Analyser les facteurs de prédisposition des traumatismes, vécus dans l'enfance, aux maladies mentales à l'âge adulte en vue de proposer des pistes de prévention et d'intervention.

Nous considérons que les conclusions issues de notre essai de stage spécialisé pourront non seulement servir de ressources aux travailleurs sociaux et aux autres professionnelles dans le milieu scolaire, mais aussi serviront comme base des recherches ultérieures dans ce domaine.

## **2.2 Double pertinence**

La pertinence théorique ainsi que la pertinence pratique et sociale nous permettront de mettre en évidence les avantages sociaux et pratiques de notre stage spécialisé, pour la population dans son ensemble.

## **2.3 Pertinence théorique**

La pertinence théorique de notre essai de stage spécialisé consiste à mettre à profit ses résultats pour la consolidation des théories qui sont actuellement en pratique dans le domaine du service social. Elle servira, en outre, à renforcer les modèles théoriques et les écoles de pensée en vue d'apporter un nouvel éclairage aux problématiques psychosociales réelles vécues par d'innombrables individus, familles, groupes, et communautés vulnérables dans notre société contemporaine. Dans le cadre de notre essai de stage spécialisé, la population visée est celle des individus qui ont vécu des traumatismes dans l'enfance, qui souffrent en conséquence de l'éclosion des maladies mentales à l'âge adulte et qui reçoivent des soins intégrés en santé mentale et en toxicomanie à l'hôpital Horizon Santé-Nord ou au sein des organismes communautaires dans les districts de Sudbury, de Manitoulin et d'Algoma-Est (Horizon Santé-Nord : Welcome to the Mental Health and Addictions Program, 2018).

Parmi les nombreuses approches qui comportent une pertinence théorique, par rapport à notre stage spécialisé, nous retenons essentiellement l'approche psychosociale doublée, complétée par l'approche narrative. Nous avons choisi de lier ces approches, car nous croyons qu'ensemble, elles se complètent l'une et l'autre, nous permettant d'obtenir les meilleurs résultats possibles par rapport à la problématique en question.

En effet, l'approche psychosociale fournit des données objectives et subjectives de base qui peuvent être complétées par d'autres démarches et perspectives théoriques. Grâce à la question de départ et des objectifs de notre essai de stage spécialisé, la pertinence théorique intègre l'approche psychosociale, car cette dernière est une démarche où le travailleur social offre des conseils aux clients afin de reconnaître, éclairer et donc saisir la problématique qui peut se rapporter à la dysfonction sociale ou aux conflits intrapsychiques avec d'autres personnes. En conséquence de telle intervention, les clients réussissent à se résigner à la situation ou à s'en dégager (Bilodeau, 2005, p. 123).

Tout d'abord, l'approche psychosociale permet au travailleur social de communiquer avec les clients afin de comprendre pleinement le problème qui occasionne un fonctionnement perturbé en société ou avec d'autres personnes. Grâce à telle intervention thérapeutique, les clients sont capables de surmonter les obstacles en question, d'accepter la problématique sans être fâché et à s'en retirer (Bilodeau, 2005, p. 123).

Selon Du Ranquet (1991), l'approche psychosociale

s'adresse à la personne en situation : celle qui demande de l'aide est perçue dans le contexte de ses interactions et transactions avec son environnement, cet environnement lui-même pouvant devenir la cible des efforts du travailleur social. Pour l'approche psychosociale, l'unité d'attention constitue un ensemble de forces en interaction, un système. La connaissance de l'ensemble des éléments du système permet de centrer l'intervention sur le plus accessible, puisque tout changement survenu dans un élément provoque des changements dans ses relations avec les autres et à l'intérieur de ces éléments eux-mêmes, et par suite, dans tout l'ensemble du système (Du Ranquet, 1991, p. 40).

Cette approche se rapporte bien au concept des traumatismes vécus dans l'enfance et leurs impacts sur l'éclosion des maladies mentales, car elle reconnaît que l'adaptation humaine s'appuie sur les échanges ardents qui ont lieu entre les individus et leurs circonstances. En conséquence de ces interactions, qui sont à la fois équilibrées et déséquilibrées, les clients tentent de bien s'ajuster aux changements continuels qui ont lieu, ainsi qu'à leurs besoins et aux ressources qui sont à leurs disponibilités (Turner, 2011, p. 389).

Dans le même ordre d'idée, l'approche narrative, qui est complémentaire à l'approche psychosociale, permet de faire des observations lors des entretiens avec les clients, pour mieux comprendre leurs expressions à la fois verbales et non verbales, ainsi que les messages clés qu'ils tentent de transmettre. Cette approche contribue à la dynamisation de l'interaction des entretiens et à une plus grande capacité de verbalisation des expériences vécues et longtemps étouffées dans la vie de la personne. Turner (2011) l'explique bien lorsqu'il écrit que l'approche narrative « se concentre sur l'expression des expériences de vie des personnes, en notant que la vie, le sens et l'expérience sont inséparables » (Turner, 2011, p. 316). Professeur Ousmane Bakary Bâ



résume le tout en expliquant que l'approche narrative complète l'approche psychosociale car elle vise à identifier et à mettre en valeur l'importance du sens que les personnes attribuent à leur propre expérience de vie à travers leurs récits, lors de ses entretiens (Bâ, Ousmane Bakary, 2017, Bloc 2 - Jour 2).

Cette réflexion est confirmée par la perspective anthropologique de la santé développée par Ivan Illich dans son livre intitulé : *Némésis Médicale : l'expropriation de la santé*. Cet auteur révèle les différentes formes d'iatrogénèse clinique, sociale et structurelle liées à la médicalisation de la société et à l'expropriation de santé des populations (Illich, 1974).

L'approche narrative est une méthode qui souligne les expériences des clients et qui veille à ce qu'elles soient d'importance principale. Elle se fonde sur le principe que chaque individu doit vivre conformément aux croyances qui le caractérisent comme personne, lui permettant alors d'exprimer pleinement le sens de ses expériences de vie passées, actuelles et futures et de mettre en valeur son véritable potentiel humain. C'est une approche thérapeutique qui reconnaît que les gens sont experts de leur propre vie et qui perçoit que leurs problèmes sont distincts d'eux. De surcroît, cette philosophie suppose que chaque personne a plusieurs capacités, convictions et mérites, qui leur permettent de minimiser l'influence des difficultés dans leur vie. De ce fait, cette approche perçoit les histoires des individus de façon qu'elles puissent être distinguées, les unes des autres, en raison de la spécificité de chacune d'elles et des éléments hétérogènes qui les composent. Cette approche permet la mise en miroir de soi-même ainsi qu'une réflexion de la personne sur elle-même et une prise de conscience des problèmes psychosociaux refoulés qui émergent lors du processus de verbalisation et de narration.

L'approche narrative montre en quoi elle est pertinente à la qualité des résultats obtenus. On l'utilise, car elle permet aux participants de verbaliser leurs problèmes, de nommer et d'identifier les situations taboues et de formuler des questions pertinentes. De ce fait, elle favorise une dynamique d'interaction qui enrichit les expressions des opinions des personnes concernées.

Dans ce contexte, l'approche narrative est aussi pertinente, car elle sert à comprendre les circonstances autour desquelles les clients ont organisé leur vie, pour ensuite les clarifier et les affronter en établissant d'autres vérités. Quoique les difficultés ne soient pas réfutées ni diminuées, d'autres solutions sont proposées, leur permettant d'aller de l'avant et au-delà de l'énigme (Encyclopedia of Social Work : Narrative, 2008).

Dans une autre perspective, les résultats de notre essai de stage spécialisé visent à apporter de nouvelles connaissances par rapport aux traumatismes vécus dans l'enfance, comme ils se rapportent à l'éclosion des maladies mentales à l'âge adulte et donc mener à l'avancement des recherches scientifiques et empiriques non seulement dans le domaine du service social, mais aussi dans les secteurs de la sociologie, de la psychologie et de l'éducation. Plus précisément, les résultats de notre essai de stage spécialisé serviront à mieux comprendre les relations humaines dans différents contextes, y incluant ceux qui sont dans les centres urbains et ruraux de l'Ontario. Les problématiques qui se rapportent à la psychologie des enfants lorsqu'ils font face à divers traumatismes pourront alors être explorées. Enfin, ces nouvelles connaissances pourront être partagées avec ceux qui désirent apprendre des traumas vécus dans l'enfance et comment ils se rapportent à l'éclosion des maladies mentales à l'âge adulte ici au Canada et partout dans le monde. Nous espérons aussi que de tels résultats contribuent à réaliser que les budgets des organismes communautaires en question sont augmentés afin d'améliorer les ressources, les services et les interventions requis.

## **2.4 Pertinence pratique et sociale**

Par ailleurs, la pertinence pratique et sociale se rapporte directement à notre stage spécialisé qui a pris place ainsi qu'à ses résultats et comment ces derniers seront communiqués aux professionnels en question afin qu'ils puissent prendre charge de la problématique.

En premier lieu, les résultats de notre essai de stage spécialisé seront distribués aux créateurs des politiques et aux décideurs en Ontario et précisément dans la région de Sudbury, de Manitoulin et d'Algoma-Est, car ils ont la responsabilité de faire les changements nécessaires du point de vue gouvernemental.

Telle information peut donc être distribuée aux organismes, y compris celles qui sont impliqués dans le système des soins de santé, le système juridique, le système scolaire... afin qu'elles puissent étudier la matière en détail, définir les objectifs, à court et long terme, ainsi que les populations sur lesquelles ils doivent concentrer leurs efforts. Si d'autres travaux de recherche sont autorisés, ces résultats peuvent être décomposés en données plus détaillées afin d'identifier les zones géographiques, les groupes d'âge, les groupes culturels... là où le besoin d'intervention est le plus critique.

Les travailleurs sociaux doivent également être informés de ces résultats en temps opportun, car ils sont des acteurs clés qui peuvent plaider en faveur de leurs clients et des groupes les plus démunis. En collaboration avec leurs partenaires communautaires tels que ceux de santé publique Sudbury et District, Manitoulin et Algoma-Est, de la police, des hôpitaux, des écoles... les travailleurs sociaux peuvent utiliser ces données pour démontrer le besoin d'un surplus de travailleurs dans les garderies, la Société d'aide à l'enfance, les écoles... et confirmer le plan d'action.

De plus, les résultats peuvent permettre l'identification spécifique des facteurs sociaux qui mènent aux expériences traumatiques chez les enfants qui vivent dans différents secteurs de la région et offrir de l'information par rapport aux maladies mentales. Se fondant sur ces données, l'on peut établir un modèle éducationnel qui touche plusieurs aspects de la société. C'est-à-dire qu'une variété de ressources distribuées à divers endroits tels que ceux qui sont à l'intérieur et l'extérieur des autobus, des panneaux d'affichage aux côtés des routes, des annonces publicitaires à la télévision et dans les journaux... peuvent planter un grain d'information qui pourra s'ajouter aux connaissances des citoyens et se développer avec tout autre renseignement porté à leur attention. Grâce à ces résultats, de nouveaux programmes au sein des organismes scolaires ou dans des zones reconnues d'avoir une population à risque plus élevée... peuvent être mis en œuvre et promus. Afin de prévenir et décourager le stigma chez cette population en souffrance, une campagne de sensibilisation peut être mise en place pour commencer une conversation par rapport à ces problèmes sociaux et donc éliminer l'isolation des victimes.

De même, si les résultats de notre essai de stage spécialisé démontrent qu'une formation est nécessaire à plusieurs niveaux de la société, des ateliers éducatifs peuvent être introduits au sein des centres communautaires, des lieux de travail, des écoles... afin de sensibiliser la population par rapport aux variables sociales et psychosociales qui entrent en jeu et ont un impact préjudiciable et nuisible chez plusieurs individus de tous les groupes d'âge.

En somme, les résultats de notre essai de stage spécialisé se révéleront propices d'une perspective théorique, pratique et sociale, car ils permettront d'éduquer la population dans son ensemble par rapport aux traumatismes vécus dans l'enfance et aux maladies mentales qui en découlent. En utilisant divers moyens de communication, l'information sera partagée en temps voulu et de façon appropriée afin d'assurer que ceux qui ont besoin des connaissances, en auront l'accès.

## **PARTIE 3 : CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE**

À partir de nos objectifs de l'essai de stage spécialisé et prenant en considération la double pertinence expliquée ci-dessus, nous allons extraire les aspects significatifs du cadre conceptuel. Les concepts centraux seront examinés, car ils constituent les supports théoriques fondamentaux sur lesquels se fonde la validité de notre essai de stage spécialisé. Ce chapitre examinera les traumatismes vécus dans l'enfance et leurs effets à l'âge adulte. De plus, notre question de stage spécialisé qui laisse supposer une variété de concepts ainsi que les types de traumatismes vécus dans l'enfance, les maladies mentales diagnostiquées à l'âge adulte et la population en question, sera examinée. Les concepts seront délimités de manière logique afin de dégager les dimensions à l'étude. Le chapitre se termine par une présentation des principaux modèles d'intervention qui abordent notre problématique de façon détaillée.

### **3.1 Définition des concepts centraux**

#### **Traumas vécus dans l'enfance**

D'abord, le Journal de la santé autochtone (2009) explique que le traumatisme est constitué d'« événements traumatiques qui imposent un coût psychologique et physique énorme chez les survivants et ont souvent des ramifications qui doivent être endurées pendant des décennies. Cela inclut les cicatrices émotionnelles. Dans de nombreux cas, les niveaux de vie sont réduits. Souvent, ils ne reviennent jamais aux niveaux qui existaient avant le traumatisme. Ces traumatismes peuvent se produire à un niveau personnel (par exemple, un accident de voiture ou un viol) ou collectif (guerre, catastrophe naturelle ou génocide) et les réponses à ces événements ne sont pas identiques » (Bombay, Matheson et Anisman, 2009, p. 6).

## **Éclosion des maladies mentales**

Selon l'Association canadienne pour la santé mentale, « la maladie mentale survient lorsque le cerveau, comme tout autre organe tel que le cœur ou les reins, ne fonctionne pas comme il le devrait. La maladie mentale est un regroupement de troubles tel que ceux de la dépression, le trouble bipolaire et l'anxiété. Les symptômes peuvent varier, représentant soit la perte de motivation et d'énergie, des changements aux habitudes de sommeil, des changements d'humeur extrême, des troubles de la pensée ou de la perception, des obsessions ou des peurs accablantes. La maladie mentale produit une interférence avec les relations et a un impact sur la capacité de fonctionner au jour le jour, conduisant souvent à l'isolement social » (Canadian Mental Health Association, 2016). La définition des concepts mentionnés est importante, car elle nous aide à interpréter et à analyser les résultats de notre essai de stage spécialisé.

### **3.2 Délimitation et définition des concepts et des dimensions à l'étude**

Aux fins de notre étude, le concept du trauma se rapporte spécifiquement à ceux qui prennent place dans l'enfance. De ce fait, il a lieu durant la « période de la vie humaine qui va de la naissance à l'adolescence » (Larousse : Enfance). Comme indiqué dans le tableau 1, c'est un concept multidimensionnel qui peut inclure une grande variété d'événements traumatiques.

En soi, le concept du trauma peut être complexe et impliquer une variété d'expériences. Par exemple, l'*Encyclopedia of Social Work : Trauma* (2008), dit que c'est un vécu traumatique où l'on risque d'être sérieusement blessé, de souffrir de contusions physiques délibérément infligées ou d'être tué (*Encyclopedia of Social Work : Trauma*, 2008).

L'*Association américaine de psychologie* (2017) ajoute à cette pensée lorsqu'elle explique que le trauma est un contrecoup émotionnel à une circonstance tragique telle qu'un acte de violence, un accident ou un phénomène catastrophique naturel. À la suite de telle expérience, les individus peuvent faire l'expérience de dénégaration ou d'émotions fortes et soudaines. Dans une perspective à long terme, plusieurs personnes démontrent des ébranlements inattendus, des flashbacks, des liens conflictuels ou des manifestations physiologiques problématiques telles que celles des migraines. Même si plusieurs de ces émotions sont normales et peuvent être prévues,

certaines individus sont incapables d'aller de l'avant dans leur vie (American Psychological Association : Trauma, 2017).

*Adoption Ontario* (2016) semble être en accord lorsqu'il précise que le trauma consiste d'une souffrance affective qui provoque un tort considérable et continu, ayant un impact nuisible à l'épanouissement psychologique des personnes et menant fréquemment à la névrose (*Adoption Ontario*, 2016). Cette recherche explique que chaque enfant fait l'expérience de circonstances angoissantes. Leur définition du trauma durant la petite enfance se réfère spécifiquement à l'âge de 0 à 6 ans. Leurs recherches démontrent qu'en dépit du fait que les très jeunes bambins ne sont pas capables de réagir, de façon verbale, aux expériences néfastes et de comprendre pleinement ce qui s'est passé, ils peuvent tout de même en être troublés (*Adoption Ontario*, 2016). Leurs enquêtes ont dévoilé que les petits qui croient que leur sécurité est en péril en raison de l'agression physique, de la mort d'un parent, de l'abus sexuel, de la contrainte familiale, des calamités accidentelles ou naturelles, des conflits... peuvent faire l'expérience d'une angoisse émotionnelle (*Adoption Ontario*, 2016).

À partir de sa définition, la maladie mentale se révèle également compliquée à de nombreux niveaux. L'Agence de la santé publique du Canada (2015), affirme que la maladie mentale se distingue par des modifications au schéma des pensées, de l'état d'esprit ou des attitudes liées à des circonstances d'angoisse et aux difficultés fonctionnelles évidentes qui en résultent (Agence de la santé publique du Canada, 2015).

Le *U.S. Department of Health & Human Services* explique que la santé mentale consiste d'un état d'équilibre affectif, psychique et humain qui influence, comment on se comporte et de quelle manière on conçoit des idées et éprouve des émotions. La santé mentale est essentielle tout au long de la vie, car elle influe nos relations interpersonnelles, nos choix et comment nous faisons face aux moments remplis de tension. Ceux qui font l'expérience des problèmes de santé mentale au cours de leur vie éprouvent de même de la difficulté en fonction de leur capacité intellectuelle, leur état d'esprit et leurs comportements.

La santé mentale dans son ensemble peut-être directement touchée par les facteurs qui se rapportent aux éléments génétiques et chimiques, aux épreuves traumatiques et aux problèmes familiaux héréditaires de santé mentale (*U.S. Department of Health & Human Services*).

Prenant en considération le cadre de notre essai de stage spécialisé, la complexité du concept et les définitions bien pensées des chercheurs, notre définition du trauma s'aligne avec celle de l'Encyclopedia of Social Work : Trauma (2008), car, d'une part, elle est précise et facile à comprendre, mais, d'autre part, elle est vaste. À la lumière des différentes définitions de la maladie mentale, nous sommes en accord avec le U.S. Department of Health & Human Services, car leur définition est précise, en dépit des circonstances où on la considère.

Cette démarche a mis en évidence que si l'on considère ces concepts en isolation, ils sont abstraits et n'expliquent rien. Cependant, si ces concepts sont mis ensemble pour créer une situation, ils peuvent être interprétés de différentes façons. Une fois réunis pour expliquer un scénario, il est évident que les concepts s'influencent et peuvent donc créer une circonstance et une chaîne d'événements (Bâ. Ousmane Bakary, 2017, Bloc 2 - Jour 3).

### **3.3 Tableau opérationnel des concepts et des dimensions à l'étude**

En guise de rappel, les modèles théoriques que nous avons reconnus et appliqués dans les cadres de notre stage spécialisé sont ceux de l'approche psychosociale et de l'approche narrative. L'application de l'approche psychosociale nous a permis d'explorer les problèmes psychosociaux spécifiques vécus, par chacun des clients, pour mieux enrichir et fournir des données cliniques importantes aux yeux des intervenants et à l'équipe multidisciplinaire de l'unité psychiatrique.

Les traumatismes identifiés dans l'application de l'approche psychosociale sont en bref les suivants :

**Tableau 1**

<b>Concepts centraux</b>	<b>Dimensions à l'étude</b>
Traumatismes vécus dans l'enfance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• négligence émotionnelle</li> <li>• abus sexuel</li> <li>• abus physique</li> <li>• toxicomanie parentale</li> <li>• divorce parentale</li> <li>• perte parentale</li> <li>• maladie mentale parentale</li> <li>• criminalité parentale</li> <li>• violence familiale</li> <li>• violence physique</li> <li>• violence verbale</li> <li>• adversité économique</li> <li>• environnements familiale instables</li> <li>• dynamiques familiales incohérents</li> <li>• traumatismes transgénérationnels</li> <li>• la mort d'un parent</li> </ul>
Éclosion des maladies mentales à l'âge adulte	Problèmes de santé mentale diagnostiquée: <ul style="list-style-type: none"> <li>• troubles affectifs, d'humeur</li> <li>• trouble d'anxiété généralisé</li> <li>• troubles de la personnalité borderline</li> <li>• trouble bipolaire</li> <li>• trouble bipolaire avec des caractéristiques psychotiques.</li> <li>• trouble déficitaire de l'attention</li> <li>• trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention</li> <li>• schizophrénie</li> <li>• trouble dépressif majeur</li> <li>• phobie sociale</li> <li>• trouble de stress poste-traumatique</li> <li>• trouble schizo affectif</li> <li>• personnalité antisociale</li> <li>• dysthymie</li> </ul>



En raison de l'approche narrative, les clients ont pu exprimer, de façon verbale, les expériences 'taboues' qu'ils avaient vécues. L'approche narrative m'a permis d'appliquer les techniques suivantes :

- La mise en confiance de la personne vulnérable
- Le respect rigoureux, l'assurance, la confidentialité et l'anonymat de la personne
- La validation du vécu expérientiel
- L'empathie
- L'ouverture d'esprit
- La capacité de la verbalisation, de nommer l'expérience vécue et l'éclosion qui a permis de libérer des expériences refoulées depuis la prime enfance
- Un sentiment de libération après avoir exprimé les expériences jamais nommées
- Le sentiment d'avoir du pouvoir sur ses mots et sur ses problèmes
- La volonté de poursuivre de l'aide par des références à des ressources psychothérapeutiques ou à des relations d'aide complémentaire
- L'écoute active

Les patients qui ont participé aux entrevues ont admis d'avoir été victimes de violences sexuelles aux mains des amis de la famille, des membres du corps enseignant, de leurs pairs, des membres de la famille élargie (cousin) et des soignants primaires tels que leurs parents. Ces derniers souffrent maintenant de trouble dépressif majeur et de trouble d'anxiété générale. Deux patients ont avoué avoir été molestés par des enseignants, des directeurs d'école et des prêtres aux écoles primaires et secondaires. Ils se souviennent d'avoir été frappés sur le fessier lorsqu'ils marchaient dans les couloirs. D'autres se souviennent d'avoir été poussés contre les casiers par les professeurs qui ont ensuite procédé à la masturbation. À la suite de ces incidents, les patients se sont sentis ostracisés et séparés de leurs pairs. Trois d'entre eux ont seulement été capables de verbaliser leurs expériences lorsqu'ils avaient atteint l'âge adulte. Un patient, en particulier, a dit que c'était la première fois qu'il avait été capable de divulguer les expériences d'abus sexuel qu'il avait gardé secret pendant 45 ans.

### 3.4 Synthèse critique de la littérature

En raison des étapes précédentes où nous avons examiné de façon minutieuse la problématique, les buts et la double pertinence, nous avons été en mesure d'établir le cadre conceptuel et de confirmer les concepts centraux, y incluant leurs délimitations et leurs dimensions. Telles démarches nous ont permis de bien orienter notre essai de stage spécialisé pour ensuite faire une revue de la littérature selon une perspective multidisciplinaire. Une synthèse de ces écrits suivra, démontrant que le sujet à l'étude a déjà été documenté par plusieurs auteurs et traité de plusieurs façons.

Les résultats de la recherche de Clark, Caldwell, Power et Stansfeld (2010) ont démontré une variété d'idées principales y compris celle qui confirme que l'adversité dans l'enfance est liée à la psychopathologie durant l'adolescence, l'âge adulte et la mi-vie et ne s'améliore pas avec l'âge. L'adversité cumulative dans l'enfance, telle que celle de la maladie, la violence physique et l'abus sexuel sont associés aux troubles à la mi-vie. Les corrélations entre l'adversité dans l'enfance et la psychopathologie à 16 ans sont quelque peu plus marquées que celles de la psychopathologie à 23 et 45 ans. Les corrélations de mi-vie sont, de façon significative, causées par la psychopathologie à l'âge adulte. L'adversité cumulative, la morbidité, l'abus sexuel et l'agressivité physique sont considérablement reliés à la psychopathologie de la mi-vie (Clark, Caldwell, Power et Stansfeld, 2010, p. 385).

En outre, MacMillan, Fleming, Streiner, Lin, Boyle, Jamieson, Duku, Walsh, Wong et Beardslee (2001) affirment que, des deux sexes, l'abus physique est le facteur de prédiction le plus fort des maladies psychiatriques chez les femmes que chez les hommes (MacMillan, Fleming, Streiner, Lin, Boyle, Jamieson, Duku, Walsh, Wong et Beardslee, 2001, p. 1881). Leur recherche démontre également que les types spécifiques d'adversité dans l'enfance, tels que ceux de l'abus physique et sexuel, sont des indicateurs significatifs pour la prédiction de cinq troubles psychiques principaux chez les femmes et les hommes (MacMillan et al., 2001, p. 1880).

De leur côté, Björkenstam, Burström, Vinnerljung et Kosidou, (2016) ont démontré que l'âge, durant l'enfance, où les participants ont été exposés, à un ou plusieurs indicateurs d'adversité, est lié au risque accru des troubles psychiatriques, y inclut ceux de l'humeur, l'anxiété, les troubles psychiques et le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (Björkenstam, Burström, Vinnerljung et Kosidou, 2016, p. 67). En comparaison à la cohorte qui

n'a pas souffert en raison des indicateurs d'adversité durant l'enfance, 20% des participants qui ont été victimes d'adversité dans l'enfance ont été diagnostiqués d'un trouble psychique lors du suivi (Björkenstam et al. 2016, p. 70). Les participants qui ont fait l'expérience de plus d'un indicateur d'adversité dans l'enfance sont quatre fois plus à risque de la psychose (Björkenstam et al. 2016, p. 71). Les troubles psychiques identifiés le plus fréquemment étaient ceux des troubles d'anxiété (46 %), de la toxicomanie (30%) et des troubles de l'humeur (30%) (Björkenstam et al. 2016, p. 70). La période de l'adolescence est nettement liée au développement des troubles psychiatriques à l'âge adulte (Björkenstam et al., 2016, p. 73).

Parallèlement, Raposo, Mackenzie, Henriksen et Afifi (2014) affirment que les individus qui ont connu un nombre croissant de divers types d'adversité dans l'enfance ont éprouvé des probabilités croissantes d'être diagnostiqués comme ayant des troubles de l'humeur et de l'anxiété et des troubles de la personnalité (Raposo, Mackenzie, Henriksen et Afifi, 2014, p. 1247). L'abus émotionnel a les associations les plus fortes avec le trouble de l'humeur et de l'anxiété et les troubles de la personnalité, par rapport aux autres types d'adversité dans l'enfance (Raposo et al., 2014, p. 1247).

De même, les résultats du travail de recherche de Benjet, Borges et Medina-Mora, (2010) démontrent que le fonctionnement familial perturbé et les adversités de violence étaient les facteurs de prédiction les plus forts et les plus fréquents des quatre classes de psychopathologie (troubles d'humeur, troubles anxieux, troubles liés à l'usage de substances, troubles extériorisés) au cours des trois étapes de la vie (Benjet, Borges et Medina-Mora, 2010, p. 736). Le vécu des adversités chroniques durant l'enfance, surtout ceux du fonctionnement familial perturbé qui consiste en la maladie mentale parentale, la toxicomanie parentale, la criminalité parentale, la violence parentale en plus de l'abus physique et sexuel et la négligence, par rapport au vécu d'autres types d'adversités chroniques durant l'enfance sont liés à la première éclosion des quatre classes de psychopathologie et sont en évidence dans les trois stades de vie (Benjet et al., 2010, p. 736). Les femmes qui éprouvent une ou plusieurs adversités dans l'enfance ont un seuil de tolérance de stress plus bas et sont plus susceptibles de devenir déprimées à la suite des facteurs de stress faibles en comparaison aux femmes qui n'ont pas vécu ces adversités (Benjet et al., 2010, p. 738). En somme, le fonctionnement familial perturbé et l'abus dans l'enfance sont les facteurs de prédiction les plus forts de l'éclosion de la psychopathologie tout au long de la vie (Benjet et al., 2010, p. 736).

Ainsi, Young, Abelson, Curtis et Nesse (1997), affirment que l'abus psychologique, physique ou sexuel a été retrouvé dans environ 35% des patients qui souffrent de la dépression et du trouble de la panique, sont plus fréquemment observés chez les femmes que chez les hommes et est relié à l'éclosion des symptômes qui se rapportent aux troubles de l'humeur et de l'anxiété, plus tôt dans la vie des patients (Young, Abelson, Curtis et Nesse, 1997, p. 69). L'abus émotionnel et sexuel, le conflit parental et le divorce parental prédisposent toutes les victimes d'adversité dans l'enfance à l'éclosion des symptômes des troubles de l'humeur et de l'anxiété à un âge plus précoce (environ deux ans plus tôt) (Young et al., 1997, p. 69).

Enfin, Maha, Hollinshead, Saleheen, AlMadani, Derkash, AlBuhairan, Al-Eissa et Fluke (2016) ont démontré que les adultes qui déclarent avoir vécu quatre ou plus adversités dans l'enfance étaient 5.1 fois plus susceptibles d'avoir un diagnostic de maladie mentale. Ils étaient 4.9 fois plus probables d'avoir un diagnostic de dépression et 4.7 fois plus probables d'avoir un diagnostic d'anxiété par rapport aux personnes qui n'avaient pas connu les adversités dans l'enfance (Maha, Hollinshead, Saleheen, AlMadani, Derkash, AlBuhairan, Al-Eissa et Fluke, 2016, p. 13).

Les articles discutés ci-dessus ont été choisis principalement parce qu'ils se réfèrent aux traumatismes vécus dans l'enfance et ses impacts sur l'éclosion des maladies mentales à l'âge adulte. Cependant, tous les chercheurs ont étudié la problématique de manières différentes, dévoilant divers aspects de la question et fournissant alors un nouvel aperçu de chacune de ces perspectives. Par exemple, la revue de la littérature, qui a pris place en Nouvelle-Zélande, en Irlande, aux États-Unis, au Canada... a démontré que la problématique existe partout dans le monde. Prenant en note les différents types de traumatismes, les chercheurs ont conclu que l'abus émotionnel accentue les effets de l'adversité dans l'enfance. Les résultats ont révélé que l'âge ne calme pas l'effet de l'adversité dans l'enfance sur les troubles de maladie mentale. Les femmes ainsi que les hommes en sont victimes tôt dans la vie et en souffrent jusqu'à la vieillesse. Les données démontrent aussi que plus l'expérience défavorable est intense, plus hautes sont les chances que l'individu subisse une accumulation de problèmes de santé mentale. Les statistiques mettent en évidence que la vulnérabilité et le déclenchement des troubles de l'humeur et de l'anxiété à l'âge adulte ne sont pas le résultat d'un seul facteur, mais habituellement une combinaison de nombreuses variables.

En conséquence de ces lectures, nous avons rapidement réalisé qu'un nombre impressionnant d'individus sont victimes des traumatismes dès un jeune âge et, par conséquent, souffrent d'une variété de maladies mentales tout au long de leur vie. Ces statistiques seules sont la raison d'étudier la question de façon plus approfondie afin d'éliminer les écarts qui existent partout dans la société et de façon globale. En raison des résultats très semblables, les auteurs, à l'unanimité, ont réaffirmé l'importance des efforts de prévention mis en place pour réduire les facteurs de risque associés à la maltraitance des enfants (Maha et al., 2016, p. 13 et 16). Certains auteurs ont ressenti que les efforts de santé publique ciblant la prévention des adversités de l'enfance seraient mieux orientés vers les adversités plus graves afin d'avoir le plus grand bénéfice pour la santé mentale dès le jeune âge adulte (Schilling, Aseltine et Gore, 2008, p. 1140). Tous les auteurs ont réitéré l'importance des programmes de prévention, de planification, de traitement, et d'intervention (McLafferty et al., 2015, p. 43). Enfin, nous avons joui de l'étude qui se rapporte aux participants ontariens et se relie à mon intention d'examiner ceux de la région du Grand Sudbury, ici en Ontario. J'espère que cela me fournira une base sur laquelle commencer mon essai de stage spécialisé.

## **PARTIE 4 : CADRE MÉTHODOLOGIQUE DU DÉROULEMENT DU STAGE**

Ce chapitre présente le cadre méthodologique de notre essai de stage spécialisé, où nous présentons le type de stage spécialisé, la population-cible, la délimitation du nombre de participants, la technique de collecte des données du stage spécialisé, l'instrument de collecte des données, le cadre d'analyse ainsi que les limites du stage spécialisé et ses considérations éthiques.

### **4.1 Type de stage**

Comme nous avons fait état dans les raisons personnelles qui justifient l'intérêt ou le choix de cette étude, le type de stage que nous avons choisi en raison de sa pertinence envers notre problématique est le stage spécialisé avec essai.

L'importance du choix du type de stage spécialisé réside dans notre préoccupation de mettre en lien la théorie et la pratique, dans un cadre institutionnel de la santé et de la santé mentale, qui est en lien pertinent avec les problèmes que nous voulons étudier dans notre sujet de stage spécialisé.

En effet, comme le dit le guide de maîtrise en service social (1999) :

Le programme de maîtrise avec stage spécialisé comporte un essai faisant le lien entre les connaissances théoriques et pratiques de l'étudiante ou de l'étudiant, dans l'analyse d'une expérience de pratique professionnelle réalisée durant le stage (450 heures) (Garceau, 1999, p. 12).

Nous avons inscrit notre stage spécialisé dans une démarche de planification en collaboration avec mon comité de direction. Le projet de stage spécialisé visait à explorer et à comprendre les impacts des traumatismes de l'enfance sur l'éclosion des maladies mentales à l'âge adulte. Bien qu'une recherche qualitative puisse être pertinente à ce sujet, notre option du type de stage spécialisé nous a semblé plus appropriée, pour connaître dans le contexte concret de nos observations directes, les manifestations, les comportements, les attitudes, les formes de verbalisations, des traumatismes vécus par les personnes concernées.

Les résultats du type de stage spécialisé que nous avons choisis, ont pour objet de transférer des connaissances, des habiletés, des attitudes et des valeurs de la profession, de développer des capacités professionnelles et une compréhension approfondie de la situation du client, couple, famille, groupe, collectivité et de mettre en lien la théorie et la pratique dans le cadre de nos interventions auprès des clients lors de notre stage spécialisé.

#### **4.2 Population cible du stage**

La population-cible est celle des personnes qui ont vécu des traumatismes dans l'enfance ainsi que l'éclosion des maladies mentales à l'âge adulte. Ces dernières doivent demeurer dans les districts de Sudbury, de Manitoulin et d'Algoma-Est. Nous avons choisi cette population, car nous vivons et travaillons dans la région du Grand Sudbury. En tant que travailleurs sociaux, nous avons un intérêt direct dans cette cohorte, car ils sont nos voisins et nous désirons les aider.

La cohorte se composera d'hommes et de femmes âgés de 18 ans et plus qui ont vécu les traumatismes dans l'enfance et ses impacts sur l'éclosion de la maladie mentale à l'âge adulte. Tous se porteront volontaires. L'auteur de notre essai du stage spécialisé articule les objectifs de l'étude, le travail à achever, la protection de l'anonymat et de la confidentialité ainsi que la capacité de recul, à n'importe quel moment.

### 4.3 Profils et nombre des clients rencontrés

**Tableau 2**

<b>Répondants et répondantes</b>	<b>Âges</b>	<b>Sexes</b>	<b>Vivre seul, en couple ou en famille</b>
<b>Répondant A</b>	<b>52 ans</b>	<b>M</b>	<b>Seul</b>
<b>Répondant B</b>	<b>29 ans</b>	<b>M</b>	<b>Seul</b>
<b>Répondant C</b>	<b>21 ans</b>	<b>M</b>	<b>En famille</b>
<b>Répondante D</b>	<b>26 ans</b>	<b>F</b>	<b>Seule</b>
<b>Répondante E</b>	<b>24 ans</b>	<b>F</b>	<b>En famille</b>
<b>Répondant F</b>	<b>45 ans</b>	<b>M</b>	<b>Seul</b>
<b>Répondante G</b>	<b>18 ans</b>	<b>F</b>	<b>Seule</b>
<b>Répondante H</b>	<b>22 ans</b>	<b>F</b>	<b>En famille</b>
<b>Répondant I</b>	<b>61 ans</b>	<b>M</b>	<b>Seul</b>
<b>Répondante J</b>	<b>26 ans</b>	<b>F</b>	<b>Seule</b>
<b>Répondant K</b>	<b>54 ans</b>	<b>M</b>	<b>En famille</b>



Cet essai de stage spécialisé ne constitue pas une recherche empirique. Par conséquent, il n'implique pas un type d'échantillonnage probabiliste ou non probabiliste relevant de la recherche quantitative et de la recherche qualitative. Le choix et la sélection des clients dans le cadre de notre stage spécialisé ont été faits sur la base d'une connaissance des problèmes de santé mentale liée à notre sujet d'étude et des patients qui séjournent dans l'établissement hospitalier qui se constitue proche de notre milieu de stage spécialisé.

Cet établissement est l'hôpital Horizon Santé-Nord, service de psychiatrie (Sudbury). Les rencontres avec les clients se sont faites dans le cadre de mon implication et de ma supervision durant mon stage spécialisé. La participation des clients s'est faite sur une base volontaire lors des services que notre superviseur leur rendait.

En dépit du fait que le nombre de participants est limité, ces derniers ont reflété les caractéristiques représentatives de la population visée par notre sujet de stage spécialisé (Mayer, Ouellet, Saint-Jacques et Turcotte, 2000, p. 182).

#### **4.4 Délimitation du nombre de clients**

La délimitation de l'échantillon final a lieu dans le cadre des interactions entre nous-mêmes et les participants. En raison de celles-ci, les entretiens doivent se dérouler de façon transparente. C'est-à-dire que nous devons en tout temps clarifier le sujet de discussion, confirmer les attentes de chaque personne qui participe aux conversations, ainsi que s'assurer que tous sont conscients et agréés de ce qui est attendu d'eux et de ce qu'ils gagneront en retour de leur participation à l'étude. Enfin, toutes les interactions doivent être conformes à la loi de stratégie d'échantillonnage.

#### **4.5 Techniques de collecte des données du stage**

Les techniques de collecte des données consistent de « méthode scientifique, systématisée et objectivée de traitement » (Mayer et al., 2000, p. 161) qui ont comme but primordial de « découvrir la signification d'un message, de celui-ci, soit un discours, un récit de vie, un article de rue, un mémoire, etc... » (Mayer et al., 2000, p. 161). Dans ce contexte, l'auteur désire comprendre de façon détaillée les expériences traumatiques que les participants ont vécues durant leur enfance et leurs impacts sur l'éclosion des maladies mentales à l'âge adulte.

#### **4.6 Instrument de collecte des données du stage**

En raison du sujet de l'essai de stage spécialisé, une entrevue semi-dirigée est requise. Comme l'indique Robert Mayer (2000), l'entrevue consiste à « centrer les propos du narrateur sur certains thèmes limités par l'objet de recherche » (Mayer et al., 2000, p. 183). De même, de tels types d'entrevues seront bénéfiques dans ce contexte où notre travail de recherche « nécessite plusieurs récits de vie... portant sur un objet socio structurel » (Mayer et al., 2000, p. 183).

De ce fait, un plan d'entretien a été établi conformément et en fonction du sujet de notre essai de stage spécialisé qui se rapporte à l'étude des traumatismes vécus dans l'enfance et ses impacts sur l'éclosion des maladies mentales à l'âge adulte. L'objectif d'un tel plan d'entretien consiste à connaître la nature, les causes et les différentes formes de trauma vécu dans l'enfance, qui ont des impacts sur l'apparition des maladies mentales à l'âge adulte.

Dès lors, nous avons spécifié les thèmes et les sous-thèmes et déterminé l'ordre de la démarche d'entretien semi-dirigé avec les clients dans le cadre de notre stage. Nous avons identifié les différentes causes parentales, familiales, relationnelles, sociales et institutionnelles des traumatismes. Nous avons aussi décrit les formes et les types d'abus qui engendrent les traumatismes chez les enfants. En outre, nous avons évalué les impacts et les conséquences aux niveaux physique et psychique des enfants, aux niveaux familiaux, relationnels, sociaux et institutionnels et nous avons, enfin, analysé les facteurs de prédisposition des traumatismes, vécus dans l'enfance.

Onze entrevues ont eu lieu dans une salle de réunion située au sein de l'unité de psychiatrie pour patients hospitalisés à l'hôpital Horizon Santé-Nord, en conséquence de leurs états aigus. Toutes les entrevues ont eu lieu de façon privée avec les clients, mon précepteur de stage spécialisé Éric Soulière et moi-même. Avant le début de chaque entrevue, nous avons avisé les patients qu'ils pouvaient refuser de répondre à n'importe quelle question, s'ils ne se sentaient pas à l'aise. Je leur ai également expliqué que les pauses étaient acceptables, au besoin.

Cet auteur a utilisé le questionnaire de l'Adverse Childhood Experience (ACE) conçu, en 1985 par le Dr. Vincent Felitti. Cet outil est une mesure d'auto-évaluation de 10 items développée pour l'étude ACE afin d'identifier les expériences d'abus et de négligence dans l'enfance. L'étude avance, comme argument, que les traumatismes dans l'enfance ainsi que le stress pendant l'enfance peuvent non seulement nuire au développement social, émotionnel et cognitif des individus, mais aussi contribuer à un risque accru de développer des problèmes de santé mentale à l'âge adulte (GoodTherapy : Adverse Childhood Experience (ACE) Questionnaire, 2018).

Cet auteur a utilisé ce questionnaire comme stratégie pour orienter les patients et commencer le processus d'entrevue. À mesure qu'ils répondaient aux questions, les patients se souvenaient peu à peu de leurs expériences de vie et ont été motivés d'ajouter des détails à leurs histoires. Ils ont donc pu élaborer des événements spécifiques reliés à leurs expériences traumatiques durant leur enfance. Les entrevues ont évolué en conséquence.

#### **4.7 Démarche d'analyse**

À la suite des entretiens, nous désirons connaître la définition, l'orientation et la valeur des données. Nous devons donc choisir une technique d'analyse systématique qui va nous permettre d'ordonner ou d'encoder les composantes des discours dans des classifications afin de les comprendre de façon exacte (Mayer et al., 2000, p. 161).

Afin d'obtenir des résultats précis et pertinents, nous avons accumulé, classé et organisé les concepts qui se rapportent aux traumatismes vécus dans l'enfance et leurs impacts sur l'éclosion des maladies mentales à l'âge adulte, ainsi que se familiariser avec le guide d'entrevue, en préparation pour les rencontres avec les participants.

## 4.8 Construction du cadre d'analyse des données

Après avoir recueilli les données des patients qui ont participé à nos entrevues, dans le cadre de notre stage spécialisé, nous présentons ici le cadre d'analyse de ces données dont nous allons discuter en lien avec notre orientation pour mettre en valeur les opinions, les expériences et les perceptions des personnes ayant vécu des traumatismes, dans l'enfance, qui ont conduit à l'apparition des troubles mentaux à l'âge adulte.

Nous avons classé les données selon deux thèmes principaux qui sont les traumatismes dans l'enfance et leurs impacts sur l'apparition des maladies mentales à l'âge adulte. C'est en fonction de ces thèmes que nous avons fait cette analyse. Nous avons procédé à leurs interprétations pour mettre en valeur leurs pertinences par rapport aux approches théoriques et aux stratégies d'intervention appropriées à ce domaine des traumatismes et des maladies mentales en service social.

Onze patients ont été rencontrés dans le cadre de notre stage spécialisé. Le guide d'entretien que nous avons utilisé a été inspiré par le guide d'entretien Adverse Childhood Experience (ACE) Questionnaire : Finding your ACE Score établi par Dr. Vincent Felitti. Les questions du guide d'entretien ont été posées de façon séquentielle aux onze patients rencontrés pour dresser plus de cohérence et de logique dans les réponses obtenues.

Les thèmes du guide d'entretien ont été induits de nos objectifs de stage spécialisé, de nos concepts centraux et de leurs dimensions à l'étude que nous avons expliquée dans le tableau du cadre conceptuel. Ces dimensions à l'étude des concepts centraux de cet essai correspondent fidèlement aux questions contenues dans notre guide d'entretien.

Karr-Morse et Wiley (2012), les auteurs du livre *Scared Sick*, ont analysé la recherche du Dr. Felitti qui avait comme but primordial de déterminer pourquoi les individus, qui assistaient à une clinique pour patients chroniquement obèses, abandonnaient le programme en dépit de leurs succès (Karr-Morse et Wiley, 2012, p. 7). En tout, 286 Américains ont participé à une étude où on leur posait des questions intimes par rapport à leur vie. À partir de ses entretiens, Dr. Felitti a déterminé que l'abandon au programme était relié aux traumatismes que ces derniers avaient vécus durant leur enfance. C'est en conséquence de cette étude que le Dr. Felitti a développé le guide d'entretien ACE où chaque question tentait d'identifier le nombre, la fréquence et l'intensité des expériences traumatiques que ces individus ont vécues pendant leur enfance.

Le but était d'évaluer les relations qui existent entre les événements traumatiques pendant l'enfance et dix facteurs de risque à l'âge adulte, qui sont associées, menant à la morbidité et à la mortalité aux États-Unis. Les données ont confirmé que tous les participants ont indiqué qu'ils avaient été victimes du traumatisme dans l'enfance. Plus spécifiquement, le guide d'entretien ACE a identifié l'effet de la dose-réponse qui confirme que le résultat élevé du guide d'entretien correspond directement à la fréquence des expériences de traumatismes durant l'enfance et l'apparition des maladies mentales à l'âge adulte, qui mènent à la mort.

Plus précisément, l'étude du Dr. Felitti a indiqué que les personnes obèses n'étaient pas capables de compléter le programme en conséquence des traumatismes qu'ils avaient vécus dans leur enfance, car l'obésité était une solution à un problème plus profond. Il a déterminé que les gens en question mangeaient trop afin d'atténuer leurs sentiments douloureux et remplir un vide profond en eux. Ils utilisaient alors leur état de surpoids afin de ne pas être vulnérables d'une perspective physique, sexuelle ou émotionnelle. Ils étaient dans la tourmente, car, d'une part, ils voulaient perdre du poids, d'autre part, ils avaient peur de le faire, car ils avaient besoin de se protéger et avaient peur du changement.

Il est intéressant de noter que les résultats de la recherche du Dr. Felitti correspondent à ceux de notre étude, confirmant que les traumatismes dans l'enfance mènent à une perturbation de la santé mentale à l'âge adulte. Comme le Dr. Felitti, nous avons mis en évidence que la médecine occidentale concentre ses études sur les diagnostics plutôt que sur l'histoire antérieure des patients qui a mené à leurs expériences néfastes à l'âge adulte et donc aux admissions fréquentes à l'hôpital Horizon Santé-Nord. De plus, les deux études ont confirmé que ceux qui travaillent au sein du secteur de la santé mentale ne saisissent pas pleinement le nombre de victimes qui vivent partout en communauté, les types de trauma extrêmes qu'ils ont vécus et les symptômes qu'ils continuent à éprouver, en silence, parce que la société choisit de fermer les yeux au pourquoi de leurs souffrances. Le nombre de données recueillies auprès des onze patients durant le stage spécialisé couvre 20 pages et pourrait en compter plusieurs autres si des enquêtes supplémentaires avaient eu lieu.

Nous avons choisi le guide d'entretien ACE du Dr. Vincent Felitti, car il était constitué de questions pertinentes et spécifiques aux traumatismes dans l'enfance qui étaient à l'étude avec les patients de l'unité de psychiatrie à l'hôpital Horizon Santé-Nord. Le guide d'entretien ACE a spécifiquement mis en évidence l'abus physique, émotionnel et sexuel ainsi que cinq autres

catégories essentielles de ces individus qui ont été élevés dans des foyers remplis de dysfonctionnement en raison de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, l'emprisonnement d'un membre de la famille, les membres de la famille qui souffraient de la dépression chronique, des pensées suicidaires et de la maladie mentale, de la violence envers les mères, la séparation ou le divorce parental et les parents qui étaient distants d'une perspective émotionnelle. Semblable au Dr. Felitti, nous avons été en mesure d'identifier la forte corrélation entre les expériences défavorables dans l'enfance et l'éclosion des maladies mentales à l'âge adulte. Les résultats obtenus grâce à ces deux enquêtes ont confirmé les conséquences physiques, émotionnelles et psychiatriques qui ont lieu chez les patients qui sont victimes des traumatismes durant l'enfance.

#### **4.9 Limites du stage spécialisé**

En raison du fait que la nature exploratoire de notre essai de stage spécialisé est celle d'un stage spécialisé, nous n'avons pas l'intention de compléter un travail de recherche. Par conséquent, la première limite de notre essai de stage spécialisé repose sur le fait que nous ne serons pas capables d'obtenir des données précises, y compris les histoires et les perceptions personnelles des participants qui se rapportent aux défis familiaux, relationnels et sociaux qu'ils ont rencontrés. Nous serons donc dans l'impossibilité d'apprendre quels facteurs déclencheurs sont entrés en jeu. Deuxièmement, il ne faut pas oublier que la formation théorique que nous avons acquise peut-être une limite en raison des articles de recherche que nous avons choisis. Nous nous demandons si le choix de différentes recherches aurait contribué à ce travail de manière plus efficace. De plus, le nombre de personnes qui se portent volontaires à notre stage spécialisé peut limiter la qualité des résultats. À cause du stigma qui est toujours rattaché à ce sujet d'étude, il est tout à fait possible d'avoir un trop petit nombre de participants.

#### **4.10 Considérations éthiques du stage**

Cet essai de stage spécialisé n'a aucune indication éthique, car les participants se porteront volontaires, pourront à n'importe quel moment se retirer du processus sans crainte de préjugés et seront en tout temps anonymes. Respectueuse et sensible aux traumatismes qu'ils ont vécus, nous avons très soigneusement mené les entrevues. Lorsque l'analyse est complétée, les données ainsi que les documents recueillis au cours du stage spécialisé sont détruits.

#### 4.11 Autoévaluation

En raison de ce qui précède par rapport au rôle du travailleur social, cet écrit a comme but primordial de définir l'évolution de nos expériences, de nos pensées intimes et de nos valeurs personnelles qui nous guident aujourd'hui et qui sont directement liées à la discipline du service social et au projet d'étude que nous avons choisi. Cet ouvrage soulignera donc notre vécu lors du stage spécialisé, incluant nos opinions personnelles qui se rattachent à ces thèmes et à nos expériences comme aidants et étudiants qui en sont reliées. Afin d'examiner le sujet, de la perspective du service social, nous expliquerons les concepts qui entrent en jeu ainsi que les approches théoriques et les stratégies auxquelles nous avons réfléchi et pris en considération lors de notre devoir.

Cela dit, l'expression populaire de l'auteur C. J. Heck : « Nous sommes tous des produits de notre environnement; chaque personne que nous rencontrons, chaque nouvelle expérience ou aventure, chaque livre que nous lisons, nous touchent et nous changent, nous faisant l'être unique que nous sommes » (Goodreads Inc : C. J. Heck, 2017) nous porte à la réflexion : pourquoi certains individus souffrent en raison des maladies de santé mentale à l'âge adulte tandis que d'autres ne font pas telles expériences? Quelles variables, qui se produisent durant l'enfance, déclenchent une péripétie d'évènement qui mène à ces souffrances ?

Il est premièrement important de noter que, d'un point de vue macrosocial, de telles lectures ont révélé que le système de santé canadien actuel, présente de sérieux problèmes. C'est-à-dire qu'en raison des restrictions fiscales, les responsables gouvernementaux prennent des décisions qui affectent les individus, sans voix et souffrant de discrimination et d'oppression, de façon néfaste. D'autres statistiques qui se rapportent spécifiquement aux taux de maladie mentale en Ontario indiquent qu'ils sont 1.5 fois plus élevés que ceux des cancers et au-delà de 7 fois plus élevées que ceux des infections. Ces statistiques démontrent alors que les maladies de santé mentale sont environ 10% de la surcharge de la maladie en Ontario et ne reçoivent que 7% des fonds des soins de santé. Quoi qu'il en soit, les soins de santé mentale en Ontario manquent environ 1,5 milliard de dollars. En raison du fait que c'est une des causes dominantes d'infirmité au Canada, pourquoi alors, le gouvernement ontarien ne concentre-t-il pas son énergie et ses fonds sur cet aspect spécifique des soins de santé (Centre for Addiction and Mental Health : Mental Illness and Addictions : Facts and Statistics, 2012) ?

D'une perspective microsociale, la région du nord-est de l'Ontario est vaste, avec une géographie qui se compose de nombreuses zones rurales. Les personnes qui vivent dans de telles régions ne peuvent donc pas accéder aux services disponibles dans les zones urbaines. Malheureusement, la majorité des fonctionnaires du gouvernement qui élaborent les politiques vivent dans des régions urbaines comme Toronto ou Ottawa. Plusieurs n'ont jamais quitté ces villes et n'ont aucune idée des difficultés spécifiques au nord-est de la province. Pourtant, ce sont eux qui prennent ces décisions et qui influencent la vie de nombreuses personnes vulnérables !

C'est alors que je me suis concentré sur la ville du grand Sudbury qui, en 2011, avait une population de 160, 274 (Grand Sudbury : Population, 2018). J'étais surtout curieuse d'apprendre au sujet de la problématique dans son ensemble, dans mon chez-nous, là où je souhaite vivre et travailler. Malheureusement, nous avons vite compris que de nombreux écarts existent dans plusieurs secteurs de cette infrastructure qui est insuffisante et trop fragmentée. De plus, mes études ont rapidement démontré que l'appui disponible au sein de ces établissements est segmenté et ne travaillent pas toujours en harmonie pour aider les clients qui se présentent à leurs portes. Les gens sont donc détournés et on leur dit de se débrouiller. Par conséquent, ces individus déjà vulnérables sont abandonnés.

En raison des impacts significatifs sur la santé, des questions sociales, des droits de l'homme et des conséquences économiques qui en découlent, le rôle du travailleur social n'a jamais été aussi important. En tant que défenseur, il est essentiel de préconiser la verbalisation de cette souffrance de la population et le manque de soutien du gouvernement afin de faire comprendre aux politiciens et aux bureaucrates qu'un problème sérieux, touchant toutes les générations, existe.

En conséquence d'une telle mentalité, la communauté dans son ensemble suppose que les maladies mentales sont des problèmes individuels et personnels et non ceux de la société. Plus précisément, la certitude populaire que les maladies mentales sont causées par un déséquilibre de substances chimiques cérébrales a poussé les responsabilités, reliées aux souffrances et à la détresse, de la sphère sociale et économique vers celle de l'individu. Les prescriptions nombreuses de médicaments raffermissent les convictions sociétales que ces personnes souffrent de maladies neurologiques qui doivent être corrigées (Moncrieff, 2014, p. 14). À partir de ce moment, la nécessité de comprendre le pourquoi de ses origines est oubliée et la recherche, afin



d'en donner un sens, n'est plus entreprise. N'importe quelle forme de pouvoir et de contrôle peut alors être justifiée (Moncrieff, 2014, p. 13).

Comme dans toutes les autres sphères de la société, les hommes et les femmes sont encouragés à illustrer la perfection. Les attentes sociales qui s'étendent de la peau impeccable, au type de corps idéal, à la coupe de cheveux admirable... progressent malheureusement dans tous les aspects de la santé mentale. Afin de remettre en question de telles perceptions, il faut comprendre les causes profondes, qui se rapportent aux circonstances politiques, économiques et sociales au sein de la société (Moncrieff, 2014, p. 15).

Ce stage spécialisé m'a appris que, trop souvent, les problèmes de santé l'emportent sur les droits fondamentaux et la liberté des patients. C'est-à-dire que les comportements qui sont liés à la santé mentale et qui rendent les gens mal à l'aise ne sont pas acceptés. La culture occidentale ne correspond pas aux besoins des patients. Au contraire, on leur donne des médicaments afin de les adapter à ce qu'ils croient être la norme. Au début de ce trajet, j'étais inconsciente de l'ampleur du problème. Cependant, à la suite de ce stage spécialisé j'ai saisi la problématique et j'en ai maintenant une connaissance claire et réfléchie.

Quoi qu'il en soit, l'éclosion des maladies mentales à l'âge adulte, en conséquence des traumatismes vécus durant l'enfance, est un sujet complexe qui nous interpelle, car il s'agit d'une problématique peu prise en charge qui ne fait que prendre une plus grande dimension avec le temps. Malheureusement, la maladie mentale, qui fait référence à un large éventail de conditions très souvent enchevêtrées, est intimidante pour de nombreuses personnes, venant de tous les horizons de la vie et de divers niveaux de la société. Ils choisissent donc de fermer les yeux sur les atrocités qui les rendent mal à l'aise. De ce fait, des enfants souffrent inutilement. En raison du manque de ressources qui leur sont disponibles, ils affrontent les obstacles de la vie au mieux de leur capacité, mais de façon inefficace, ce qui mène aux maladies psychiatriques à l'âge adulte. Le sujet est alors d'un intérêt décisif, car il se rapporte au domaine du service social et à la mise en œuvre d'une variété d'interventions nécessaires afin d'adresser la psychopathologie qui en découle.

L'écart qui existe partout dans le nord-est de la province et surtout dans la communauté du Grand Sudbury mérite une attention immédiate, car les répercussions sont sérieuses et de longue durée, pour les générations présentes et futures. Un manque de compréhension de la situation dans son ensemble existe, en conjonction avec les contraintes budgétaires, ayant un impact négatif sur la façon dont les clients, atteints du trouble de santé mentale, reçoivent leurs soins.

Ce travail, qui se rapporte spécifiquement aux services disponibles à l'unité psychiatrique aiguë d'hospitalisation de l'hôpital Horizon Santé-Nord, a certainement mis la gravité de la situation en évidence. L'hôpital Horizon Santé-Nord est la pièce centrale sur laquelle s'appuient plusieurs collectivités urbaines et rurales, de Parry Sound à la Baie-James et du Sault-St-Marie à North Bay. Tout au long de ces milliers de kilomètres, de nombreuses personnes vulnérables, comptent sur la sagesse et l'expérience des fonctionnaires pour prendre des décisions qui sont dans leur intérêt. Malheureusement, ce noyau du nord-est de l'Ontario néglige les gens pour qui il est responsable et leur permet de vivre en danger en raison des finances mal placées.

En raison des impacts significatifs sur la santé, les questions sociales, les droits de l'homme et les conséquences économiques qui en découlent, le rôle du travailleur social n'a jamais été aussi important. L'accès aux soins de santé et aux services sociaux capables de fournir un traitement et un soutien social sont essentiels. Il est impératif de faire comprendre, aux structures politiques, gouvernementales et sociales, l'importance d'investir le temps et l'argent nécessaire afin de mieux comprendre la psychopathologie à l'âge adulte qui découle des traumatismes vécus durant l'enfance. Afin que les victimes, leurs familles et leurs communautés reçoivent l'éducation et les moyens nécessaires pour prévenir un cercle vicieux, l'argent doit être investi de façon appropriée. Comme protecteur, il faut faire reconnaître l'importance des statistiques internationales qui identifient que les initiatives de promotion, de prévention et d'intervention précoce démontrent des retombées positives sur l'investissement effectué et alors travailler sans relâche à cette fin.

## **PARTIE 5 : CADRE EMPIRIQUE : LES RÉSULTATS DU STAGE SPÉCIALISÉ**

### **5.1. Orientation théorique et inscription de l'analyse des données du stage dans le paradigme de référence**

À la lumière de notre essai de stage spécialisé, le cadre approprié d'orientation théorique dans lequel s'inscrit notre étude est l'approche psychosociale. Cette approche sera combinée avec l'approche narrative. Cette démarche narrative complète le sens de l'approche psychosociale en permettant d'accéder à des données orales et verbales du récit formulé par les personnes qui vivent les expériences faisant l'objet de notre essai de stage spécialisé.

L'approche narrative devient le support de la communication interpersonnelle qui permet de recueillir des données pertinentes à notre pratique, mais aussi de permettre à la personne de se libérer de sa situation problématique par l'émancipation. La démarche narrative revêt une force décisive d'empowerment qui favorise la prise de responsabilité chez les individus qui ont vécu des traumatismes dans l'enfance et qui vivent avec des maladies mentales à l'âge adulte. C'est-à-dire que, si la personne n'arrive pas à nommer, à identifier, à maîtriser par la parole et à verbaliser ses expériences, il perdra contrôle de la situation qui par la suite prendra le contrôle de lui-même (Turner, 2011, p. 319).

Pour justifier l'adaptation narrative combinée avec l'approche psychosociale, il nous est important de mobiliser la capacité de verbalisation des personnes affectées par le traumatisme. Une telle combinaison des approches demeure indispensable pour comprendre au-delà des structures de sens, de l'interprétation, de la représentation et des solutions que les personnes donnent à leur propre situation (Bilodeau, 2005, p. 123).

La démarche narrative est une démarche d'empowerment parce qu'elle vise à nommer ce qui ne peut pas être nommé par les victimes. Elle vise à donner le pouvoir aux impuissants. Elle vise aussi à briser un silence longtemps intériorisé qui a refoulé le plus profond de leurs êtres et engendré des conséquences psychologiques, émotionnelles, physiques de la souffrance vécue, de façon insidieuse et imperceptible, dans le contexte des traumatismes (Bâ. Ousmane Bakary, 2017, Bloc 2 - jour 2).

## **5.2 Cadre d'analyse des données**

En premier lieu, notre essai de stage spécialisé a comme objectif principal d'étudier la nature, les causes et les différentes formes de traumatismes, vécus dans l'enfance, qui ont des impacts sur l'éclosion des maladies mentales à l'âge adulte, car l'ampleur de ces traumatismes n'est pas bien comprise ou prise au sérieux en société. La pertinence théorique, pratique et sociale de cet essai de stage spécialisé vise à appuyer les théories auxquelles nous avons recours dans le domaine du service social et consolider les modèles théoriques et les doctrines en question pour alors clarifier les problématiques sociales au sein de la société moderne. De plus, il se rapporte directement à l'essai de stage spécialisé qui a eu lieu, aux résultats qui ont été obtenus et comment ces derniers seront transmis aux professionnels impliqués afin que l'on puisse prendre en charge la problématique, promouvoir la prévention et établir des interventions thérapeutiques efficaces.

Le recueil de recherche scientifique a révélé que les traumatismes dans l'enfance existent de façon globale et mènent à des inquiétudes par rapport aux maladies mentales d'une perspective internationale. En conséquence de notre stage spécialisé, nous espérons concrétiser les concepts ainsi que les causes sociales complexes qui en sont associés. De plus, nous pourrions confirmer qu'il y a un manque de service et d'appui. Alors le besoin d'un apport de solution et d'orientation adéquate existe. De plus, nous allons pouvoir suggérer là où le financement est requis afin d'améliorer les interventions thérapeutiques qui existent et établir des plans pour le futur.

## **5.3 Thématisation et sous-thématisation des données**

Ce stage spécialisé a tenté de saisir l'étendue exacte de la question qui se rapporte aux traumatismes vécus dans l'enfance et leurs impacts sur l'éclosion des maladies mentales à l'âge adulte.

La thématisation et la sous-thématisation notée ci-dessous, nous permettrons de passer de l'étape d'observation et de réalisation à celle où l'on pourra fournir des explications logiques par rapport à la problématique, puis ainsi élaborer une tentative de solution. Ces concepts centraux constitueront les supports théoriques fondamentaux sur lesquels se fonde la validité de cet essai de stage spécialisé.

De ce fait, la thématisation est celle des traumatismes vécus dans l'enfance, car il est essentiel de comprendre, de façon concrète, leurs composants ainsi que leurs dimensions, afin de pouvoir déterminer les prochaines étapes. La sous-thématisation consiste en la nature, les causes et les différentes formes de trauma, vécues dans l'enfance, qui ont des impacts sur l'éclosion des maladies mentales à l'âge adulte.

En raison du fait que cet essai de stage spécialisé se rapporte à un sujet très délicat, que plusieurs personnes préfèrent ne pas divulguer, les participants auront à se porter volontaires. L'échantillonnage par quota est approprié dans cette circonstance, car nous n'avons pas à fixer le nombre de participants à l'avance. De ce fait, les données seront estimées progressivement au cours des enquêtes. Le processus sera terminé lorsque les résultats répondent aux critères déjà établis et peuvent être facilement interprétés.

#### **5.4 Analyse thématique, interprétation, discussion, et synthèse critique des résultats du stage spécialisé**

La synthèse critique des résultats traite des données qui ont été obtenues dans le cadre de notre stage spécialisé. Nous nous accordons sur le fait que la problématique des traumatismes vécus dans l'enfance et leurs impacts sur l'éclosion des maladies mentales à l'âge adulte est une question d'actualité et évidemment central au vingt et unième siècle.

La revue de littérature a démontré que les travaux de recherche en question ont révélé les mêmes expériences traumatiques de l'enfance. De surcroît, toutes les enquêtes ont démontré, de façon unanime, que les traumatismes durant l'enfance sont liés à l'éclosion des maladies mentales à l'âge adulte.

Il faut néanmoins prendre en considération que certains de ces travaux de recherche n'ont peut-être pas reconnu les caractéristiques personnelles de chaque participant, de manière individuelle. Les contextes, où les traumatismes ont eu lieu, n'ont peut-être pas été étudiés en profondeur.

Après avoir recueilli les données des patients qui ont participé à nos entrevues, dans le cadre de notre stage spécialisé, nous présentons ici le cadre d'analyse de ces données que nous allons discuter à la lumière de notre orientation pour mieux restructurer, pour mettre en valeur les

opinions, les expériences et les perceptions des personnes ayant vécu des traumatismes, dans l'enfance, qui ont conduit à l'apparition des troubles mentaux à l'âge adulte.

Dans le cadre de notre stage spécialisé, les interventions auprès des clients et clientes ont été menées en collaboration avec le superviseur de stage. Ces interventions ont également permis de recueillir des données d'observations et des entretiens directs portant sur le sujet des impacts des traumatismes sur l'éclosion des maladies mentales à l'âge adulte, des individus impliqués.

À la lumière de nos observations, nous pouvons constater que l'état général de la santé mentale des clients était déjà marqué par des traumatismes cumulatifs vécus depuis l'enfance. En dépit du fait qu'un tel profil répond bien au sujet de notre stage spécialisé, cette problématique n'a pas été préconçue de façon inadaptée au milieu du stage. En raison du fait que la santé mentale, de manière générale, découle d'un ou de plusieurs traumatismes vécus, il est inévitable que les traumatismes et les maladies mentales entretiennent une relation dialectique. C'est-à-dire que le trauma peut donner naissance à la maladie mentale et la maladie mentale peut donner naissance aux traumatismes. Dans le cadre de notre stage spécialisé, nous n'avons pas tenté de réduire la réalité des maladies mentales à notre sujet, mais plutôt de faire en sorte que notre sujet reflète la réalité des problèmes de santé mentale vécue.

Dans cette perspective, où se trouve tout l'original et la pertinence de notre stage spécialisé, les données des résultats obtenus ont été analysées de façon séquentielle. Le choix d'une telle procédure permet alors de représenter la valeur spécifique de chaque personne et de son vécu et non pas de dissoudre cette valeur dans une analyse généralisante.

### 5.4.1 Traumatismes de l'enfance

#### Patient A

« Mes parents ont divorcé quand j'avais 4 ans. Je suis allé vivre avec ma mère, ma grand-mère et mon oncle maternel ».

« Ma mère était une buveuse... quand elle a trop bu, elle est devenue physique avec moi. Je me souviens quand j'étais dans la cuisine et elle me frappait la tête avec un bâton de base-ball en plastique... Parfois, elle me jetait dans les escaliers et me rendait inconscient... ».

« Ma mère a essayé de tirer sur ma grand-mère quand j'avais 4 ans. Je me suis tenu devant l'arme et je lui ai sauvé la vie ».

« Quelques années après le divorce de mes parents, une fin de semaine, pendant que nous regardions la télévision, mon cousin, plus âgé, me masturbait... C'était vraiment bizarre, je ne savais pas... je savais que c'était mal... Une autre cousine a attiré l'attention de ma tante qui est entrée dans la pièce et lui a dit d'arrêter. La situation n'a jamais été évoquée à nouveau... toute la situation a été balayée sous le tapis ».

« Quand ma mère était saoule, elle ne m'a pas donné d'attention physique ». Il a clarifié : « Ma mère n'a jamais mis son bras autour de moi quand nous regardions des films ».

De nombreuses études, y compris celle du chirurgien général de l'USE, ont confirmé que les personnes qui éprouvent des traumatismes sévères et réitérés pendant l'enfance souffrent en raison d'un développement neurobiologique et psychologique dénature. De telles altérations ont des impacts négatifs inévitables sur la réceptivité au stress de ces gens ainsi que leurs comportements en tant qu'adultes. De surcroît, ces traumatismes mènent aux troubles de l'humeur, de l'anxiété et de la personnalité à l'âge adulte (Blue Knot Foundation : Pathways through which adult health can be compromised, 2018).

Comme indiqué ci-dessus, ce patient a vécu un trauma émotionnel dès l'âge de quatre ans, lorsque ses parents ont divorcé. L'enquête de John Bowlby (1988), qui explique clairement la théorie de l'attachement, met en évidence que telle expérience de séparation, à un âge si précoce, comporte nécessairement des traumatismes et des conséquences néfastes sur son développement psychologique, émotionnel, affectif et relationnel (Blue Knot Foundation : Pathways through which adult health can be compromised, 2018).

En particulier, le patient s'est senti abandonné et indigne d'être aimé. Il a rapporté avoir beaucoup de copines, mais n'a jamais été dans une relation sérieuse. Il est possible que l'absence de modèle de relations saines et fructueuses ont entraîné ce comportement. Il a aussi déclaré être furieux contre son père de l'avoir abandonné et laissé dans un environnement hostile et dangereux. Ce dernier a non seulement quitté la maison, mais il a aussi quitté la ville et a déménagé à trois heures de route. Comme ses parents, le patient a dérivé d'une personne à l'autre, ne sachant pas quels comportements exposer afin de maintenir une relation saine. De ce fait, il a peut-être inconsciemment évité les relations, craignant la douleur que cela lui causerait ou cru que la vie serait moins compliquée et moins douloureuse s'il était seul.

La Fondation Blue Knot - Centre national d'excellence en traumatologie complexe a bien expliqué tel comportement lorsqu'elle a identifié que la vie des jeunes enfants gravite autour de celles de leurs parents. En raison de leurs incapacités à prendre soin d'eux-mêmes, ces petits comptent entièrement sur leurs fournisseurs de soins primaires pour assurer leur sécurité et leur donner l'amour, la compréhension, le dévouement et le soutien dont ils ont besoin. Lorsqu'ils sont maltraités ou négligés, leur monde est renversé, car la confiance qu'ils ont dans leurs parents est violée. Se sentant trahis, ces enfants éprouvent une perspective négative sur la vie ainsi qu'un ensemble de croyances qui altèrent leur capacité de créer et de conserver des relations significatives tout au long de la vie (Blue Knot Foundation : Pathways through which adult health can be compromised, 2018).

Le patient a sans doute fait l'expérience de culpabilité en raison de l'abus physique qu'il a enduré. C'est-à-dire qu'il a soupçonné d'avoir fait quelque chose de mal, qui a provoqué la violence physique de la part de sa mère et de sa grand-mère, ce qui a mené à de la confusion, car il ne savait pas ce qu'il avait fait de mal. L'enquête de Youcha (2013) est logique dans cette situation, car elle indique que l'abus physique brise l'esprit de ces jeunes victimes (Youcha,



2013, p. 49). Il n'est donc pas surprenant que, par la suite, ce dernier soit plus enclin de souffrir de problèmes de santé mentale telle que celle de la dépression et de la pauvre estime de soi (Blue Knot Foundation : Pathways through which adult health can be compromised, 2018). D'une perspective cumulative, le fonctionnement familial perturbé, qui s'ajoute à cette circonstance, contribue à la peine et la misère que la victime ressent tout au long de sa vie (Blue Knot Foundation : Pathways through which adult health can be compromised, 2018).

En raison de l'abus d'alcool dont il a été témoin, ce patient s'est peut-être demandé pourquoi ses parents étaient toxicomanes ou si ses comportements étaient à l'origine de leurs alcoolismes. Telle confusion a peut-être engendré en lui des sentiments d'insuffisance en tant que fils et il s'est peut-être efforcé quotidiennement de changer ses comportements afin d'améliorer sa vie de famille. En conséquence, il peut avoir éprouvé une faible estime de soi qui a provoqué des sentiments d'anxiété, d'agitation émotionnelle ou de dépression.

En effet, les comportements liés à l'alcoolisme, dont il a été témoin, ont peut-être occasionné des sentiments d'ambivalence envers ses parents et sa grand-mère. Plus précisément, il a éprouvé des émotions contradictoires à leur égard. C'est-à-dire qu'en raison de l'abus qu'il a vécu à cause d'eux, il ne les aimait pas. Cependant, ils les aimaient parce qu'il ressentait que tous les enfants devraient aimer leurs parents et leurs grands-parents. Beaucoup de confusions et de troubles émotionnels doivent avoir été provoqués par les effets de l'alcoolisme qu'il a vécu. De surcroît, ce patient a sans doute ressenti de l'anxiété, lorsqu'il voyait sa grand-mère, car il a dû se demander si elle était ivre ou sobre et si elle était sur le point de le violer physiquement.

De même, prendre part à la tentative de fusillade de sa grand-mère a sans doute contribué à ses sentiments de confusion et d'anxiété, car il ne comprenait probablement pas pourquoi sa mère a agi ainsi. Sa tentative de protéger sa grand-mère est peut-être reliée à des pensées suicidaires. Il a possiblement cru qu'il serait considéré comme un héros en conséquence de ses actions.

Encore une fois, ce patient a dû avoir fait l'expérience d'ambivalence face à sa tante qui ne l'a pas protégé lorsqu'elle a vu l'abus sexuel aux mains de son cousin. Il était conscient qu'elle aurait dû le protéger, mais elle a choisi de ne pas le faire. De telles expériences cumulatives de négligence émotionnelle ont sans doute contribué à des sentiments de tristesse, d'abandon, de rejet, de déception et de désillusion. Il n'est donc pas encore surprenant que des troubles émotionnels, affectifs et relationnels en soient découlés.

## **Patient B**

« Mes amis m'abusaient physiquement et sexuellement en grandissant... Chaque fois que ce genre de situation se produisait, je sais qu'il s'agissait d'accidents »... En ce qui concerne l'agression sexuelle alléguée par ses amis, le client a informé cet auteur que « ce n'était pas leurs fautes... leurs mains ont juste glissé... »

« J'ai toujours eu des vêtements propres et de la nourriture, mais quand j'étais petit, ma mère était toujours à l'hôpital ». Le patient a indiqué que sa mère avait reçu un diagnostic de trouble bipolaire Axe II et de schizophrénie. « J'ai définitivement des problèmes d'abandon à cause de ça ... Je me sentais seul »...

Le patient indique que son père était inconsistant lorsqu'il l'élevait. « Il ne savait pas comment montrer de l'amour... n'a jamais exprimé son amour pour nous... papa fait de son mieux pour y jouer à la fois maman et papa... il a toujours pris soin de nous ».

« Je souhaite que l'hôpital fournisse plus d'un traitement supplémentaire pour nous, face à des expériences traumatiques ».

En raison d'être élevé par des parents qui étaient absents, d'un point de vue émotionnel, ainsi que détaché et déprimé, beaucoup d'adultes éprouvent une mauvaise image de soi. C'est-à-dire que, pendant leur enfance, ces personnes souffrent de critiques négatives et d'un manque de soins et d'attention, ce qui les mène à ne pas avoir une perception précise d'eux-mêmes (Youcha, 2013, p. 44). Tel est le cas de ce patient qui a souffert en conséquence de la négligence émotionnelle durant sa jeunesse.

De surcroît, ce patient a fait l'expérience d'abus physique et sexuel durant son enfance, ce qui a mené à des contrecoups nuisibles d'une perspective psychologique, émotionnelle, affective et relationnelle, lors de son épanouissement.

Les mots du patient mettent en évidence ses sentiments contradictoires qui se rapportent à ses amis d'enfance et aux traumatismes qu'il a vécus à cette époque. Plus précisément, il dit que les abus physiques et sexuels n'étaient pas mauvais. Ces événements étaient accidentels et non la

faute de ses amis. En dépit de ces mots, il est évident que ses expériences sont préjudiciables en raison des sentiments de dépression qu'il ressent de façon intermittente. C'est-à-dire que l'attention de son groupe de pairs l'a rendu heureux et a comblé le vide laissé par ses parents. L'abus aux mains de ses amis correspond cependant aux sentiments de dépression qu'il ressent, car il reconnaît que ces derniers n'auraient pas dû l'abuser ainsi. De ce fait, son diagnostic de trouble bipolaire correspond aux sentiments qui sont reliés à ses expériences.

À la lumière de ce qui précède, les émotions du patient, noté ci-dessus, sont intensifiées par ses expériences familiales qui ajoutent à ses sentiments d'abandon et de solitude. En raison du fait que ses parents n'étaient pas émotionnellement sensibles à ses besoins, le patient éprouvait le sentiment que les gens ne pouvaient pas l'aimer. Le rejet qu'il a ressenti de la part de ses parents a de plus contribué au doute de soi, à la faible estime de soi et à une image négative de soi. En tant qu'adulte, il se sent maintenant engourdi. Il est émotionnellement insensible et incapable de donner de l'amour aux personnes dans sa vie, car il ne sait pas comment entretenir des relations enrichissantes. En tant que petit garçon, le sentiment d'abandon le rendait vicié. Maintenant en tant que jeune adulte, il continue à éprouver de telles émotions. Par conséquent, il croit qu'il n'est pas aimable, car il est différent des autres et qu'il y a quelque chose de mal avec lui. De tels sentiments sont compatibles chez les enfants qui sont élevés par des parents inconsistants, peu fiables et émotionnellement négligents et qui souffrent alors en raison de la négligence émotionnelle et physique, ce qui mène à la souffrance psychologique et aux sentiments d'impuissance et de rejet (Blue Knot Foundation : Pathways through which adult health can be compromised, 2018).

Dès un très jeune âge, le patient était conscient que son environnement familial était dangereux, le laissant ainsi avec des besoins émotionnels inassouvis. Il était conscient que ses besoins fondamentaux n'étaient pas satisfaits parce que sa mère était malade à l'hôpital et que son père faisait tout ce qu'il pouvait en tant que parent célibataire. Cependant, il croyait aussi que si son père avait été à la maison plus souvent, il n'aurait pas passé autant de temps avec ses amis abusifs. En conséquence, il a supprimé des sentiments de douleur et de colère pendant son enfance afin de répondre aux besoins des adultes dans sa vie. Inévitablement, ces émotions ont conduit au ressentiment et à un manque de respect envers son père qui n'a pas répondu à ses besoins émotionnels.

## **Patient C**

« Mes parents étaient divorcés... Je vivais avec la mère de mon père à plein temps. Mon père était violent de façon verbale et physique. En raison de l'abus sexuel envers d'autres enfants, il a purgé une peine de 4 ans.

« Au cours de l'emprisonnement, il m'appelait et me disait que ma mère ne m'aimait pas ou ne se souciait pas de moi. Mon père m'a déjà conseillé, lors d'un appel téléphonique, d'agresser un membre de ma famille en public, car cela m'amènerait à passer du temps avec lui en prison ».

« Ma mère était hors de ma vie pendant des années à la fois. Elle m'a récemment vu pour la première fois, en 3 ans et demi, au début d'octobre 2017 ».

« Ma grand-mère a déménagé plusieurs fois, ce qui m'a amené à changer d'école fréquemment dans ma jeunesse ».

« Le niveau de dysfonctionnement dans ma famille est extrêmement élevé... Ma grand-mère a verrouillé le réfrigérateur afin d'éviter que je ne mange de façon excessive. J'avais aussi un accès très limité au téléphone et à l'Internet ».

En conséquence de l'abus émotionnel durant l'enfance, plusieurs individus n'ont pas la capacité d'échafaudage émotionnel tout au long de leur vie. C'est-à-dire qu'ils sont incapables de surpasser la négativité et la pauvre estime de soi qu'ils ressentent lorsqu'ils font face à des obstacles. Ils se sentent alors désespérés, paralysés et accablés face à ces difficultés, car ils n'ont pas l'expérience de vie ni le soutien nécessaire pour réussir (The Glossary of Education Reform : Scaffolding, 2014). De ce fait, ces individus sont incapables d'affronter les expériences vastes de maltraitance cumulative et récurrente (Cecil, Viding, Fearon, Glaser, et McCrory, 2017, p. 115). Cela est le cas avec ce patient qui, en raison du divorce parental et des interactions familiales malsaines, a été victime de plusieurs événements traumatiques au cours de son enfance. En conséquence, il souffre des troubles psychologiques, émotionnels, affectifs et relationnels lorsqu'il est adulte.

En plus, ce patient semble toujours avoir vécu dans un environnement familial perturbé. Parce que ses parents ont divorcé et que sa mère l'a quitté dès un jeune âge, il a dû ressentir l'abandon. En raison du développement cérébral dans l'enfance (Brietzke, Kauer Sant'anna, Jackowski, Grassi-Oliveira, Bucker, Zugman, Barbachan Mansur et Affonseca Bressan, 2012, p. 481-482), le patient était incapable de comprendre pourquoi sa mère l'avait quitté. De ce fait, il a sans doute ressenti le rejet et croyait qu'il n'était pas digne d'amour. De tels sentiments de confusion seraient certainement aggravés lorsque son père a quitté le foyer familial pour la prison. Les sentiments de trahison parentale doivent avoir augmenté de façon exponentielle à cette époque. Confus et anxieux, il s'est peut-être senti coupable pour la rupture de sa famille. Il a peut-être soupçonné que le divorce de ses parents a été provoqué par un comportement qui lui était inconnu.

La détresse et la confusion ont probablement aussi été reconnues lorsque son père l'a quitté et sa grand-mère est devenue sa soignante primaire. En dépit de son jeune âge, il était sans doute conscient que ses besoins fondamentaux n'étaient pas satisfaits et que son environnement familial était rempli de risques. De même, des sentiments de déception et de colère, envers son père, ont dû être éprouvés lorsqu'il a été laissé seul avec sa grand-mère.

De surcroît, le patient a certainement fait l'expérience de l'isolation et de la solitude, car il n'a jamais été témoin de relations saines et ne savait pas quels comportements seraient appropriés en société. Ce dernier a peut-être inconsciemment évité les relations afin de se protéger de la douleur qu'il a vécue dans sa jeunesse.

Telle négligence émotionnelle l'a sûrement fait sentir débordée et découragée. En raison du manque de sensibilité à ses besoins primaires lors de son enfance, il a sans doute cru qu'il était différent des autres et ne pouvait donc pas être aimé. En tant qu'adulte, il n'a maintenant aucun aperçu des émotions des autres et de leurs réactions à ses comportements parce que ses propres émotions n'ont jamais été reconnues pendant l'enfance. De plus, le rejet parental qu'il a ressenti a dû contribuer au doute de soi, à la faible estime de soi et à une image négative de soi. En tant qu'adulte, il est insensible et incapable de maintenir des relations saines. Le patient doit également avoir éprouvé des sentiments généralisés d'anxiété à la suite d'incohérences persistantes dans sa vie de famille parce qu'il ne savait jamais à quoi s'attendre ou à qui s'adresser quand il avait besoin d'un solide modèle.

En somme, ce patient est typique à de nombreuses victimes de traumatismes infantiles qui se sentent toujours fatiguées, déprimées, incompetentes et sans espoir en tant qu'adulte, car elles ne peuvent pas prévoir les événements de la vie ou s'assurer qu'elles soient constantes et harmonieuses. En conséquence, ils fonctionnent toujours comme s'ils étaient en crise. Leurs problèmes sont résolus de manière inefficace et, en fin de compte, ils ne réussissent pas à régler les problématiques sous-jacentes (Blue Knot Foundation : Pathways through which adult health can be compromised, 2018).

## **Patient G**

« Ma mère est morte lorsque j'avais 16 mois. J'ai été adoptée à l'âge de 4 ans par un couple du côté maternel de ma famille ».

« À l'âge de 8 ans, mon père adoptif a commencé à m'abuser de façon sexuelle. Ma mère adoptive a nié ses allégations d'abus sexuel ».

« Ma mère adoptive m'a abusé de façon verbale. Elle criait constamment, déclarant que je faisais tout mal et que je n'avais pas de bonnes notes à l'école. Elle m'a accusée d'être grosse et m'a dit de porter seulement certains vêtements. À l'âge de 13 ans, j'ai commencé à surveiller mon apport alimentaire et purger ».

« À l'âge de 15 ans, j'ai rapporté l'abus sexuel à la Société d'aide pour enfants et j'ai ensuite été retiré de ma famille adoptive. J'ai exprimé à ma mère adoptive que je me sentais coupable d'avoir détruit la famille. Elle a tenté de me convaincre de rétracter ma déclaration à la police afin de régler la problématique. L'abus sexuel est arrêté lorsque j'ai atteint l'âge de 15 ans. Ma mère adoptive ne croit toujours pas que je dis la vérité ».

Tristement, les statistiques qui se rapportent à l'agression sexuelle sont généralement plus élevées chez les filles (13,5%) que chez les garçons (2,5%) et démontrent que les criminels en question leur étaient connus (Molnar, Buka, Kessler, 2001, p. 754). Le fait que cette patiente ait vécu des traumatismes émotionnels, physiques et sexuels dès un jeune âge, met en évidence qu'elle a sans doute souffert d'une perspective psychologique, affective, émotionnelle et relationnelle, tout au long de sa vie.

En raison d'être orpheline très tôt dans sa vie et de ne pas avoir été adoptée pendant environ 3 ans et demi, cette patiente doit avoir éprouvé des sentiments d'abandon et une faible estime de soi. En conséquence d'un manque de compréhension, elle s'est peut-être demandé pourquoi elle n'était pas voulue ou digne d'être aimée. Confuse, elle s'est peut-être blâmée pour cela.

La vie de famille heureuse, dont elle aurait rêvé, a été de courte durée, car l'abus sexuel qui a fait suite a sans doute ajouté à sa confusion, ses sentiments d'ambivalence, son anxiété, son

isolation et son manque de confiance. Cette petite s'est probablement demandé ce qu'elle avait fait de mal pour mériter tel abus. Elle aurait été confuse, car, d'une part, elle savait qu'elle devrait aimer ses parents, mais, d'autre part, elle les détestait.

Elle a rapidement perdu confiance en la femme qui était supposée de l'aimer et de la protéger. En conséquence, elle savait qu'elle était seule dans le monde et qu'elle ne pouvait faire confiance à personne, pas même ses parents adoptifs. Son sens d'isolement a aussi été amplifié quand elle a compris que les autorités ne l'aideraient pas. Le trauma qu'elle a vécu a alors été intensifié, car ses expériences à domicile ont perturbé l'équilibre physique et émotionnel qui existait là, y compris tout sentiment de sécurité qu'elle a pu avoir envers ses parents adoptifs, surtout sa mère (Karr-Morse et Wiley, 2012, p. 103).

Se sentant déconnectée de ses deux parents, la patiente ne pouvait pas dépendre d'eux quand elle avait besoin d'amour, de soutien ou d'aide. En conséquence, elle a peut-être connu une confusion aggravée par de l'anxiété et de la dépression due à un sentiment d'insécurité et de résilience intérieure faible. Il est donc évident que l'expérience de séparation relationnelle sérieuse dès un jeune âge et l'établissement prompt, au sein d'un foyer stable, est d'importance primordiale (Blue Knot Foundation : Pathways through which adult health can be compromised, 2018). C'est évidemment en raison de telles expériences que cette patiente a subi des traumatismes supplémentaires (Karr-Morse et Wiley, 2012, p. 105).

De plus, elle n'a pas eu l'occasion d'établir son identité au sein de sa famille ou une forte identité de soi et ne sait donc pas qui elle est. Son corps était-il uniquement destiné au plaisir sexuel des hommes ? Était-elle menteuse ? Elle peut aussi croire qu'elle n'avait aucun contrôle sur sa vie en raison de tout ce qui lui est arrivé en très peu de temps. Elle n'a peut-être pas cru qu'elle appartenait à cette famille, que ses parents avaient besoin d'elle ou que sa vie avait un but.

Sachant que les circuits cognitifs englobent les opinions, les croyances et les attitudes que l'on maintient de jour en jour, les répercussions à long terme, qui découlent des traumatismes durant l'enfance, se rapportent directement au rejet et à la trahison ressentie et leurs contrecoups sur le fonctionnement des structures cognitives par les enfants (Blue Knot Foundation : Impact on the Physiology of the Brain, 2018). De tels renseignements sont pertinents, car ceux qui souffrent en raison de telles expériences ont inévitablement été trompés, manipulés et menacés afin de maintenir leur silence, par les soignants primaires en qui ils avaient confiance (Blue Knot Foundation : Pathways through which adult health can be compromised, 2018).



## Patient H

Depuis l'âge de 4 ans, elle croit que sa mère est une « super maman ». Ses parents se séparent à cette époque et sa mère devient accro en raison de l'influence de son partenaire. L'anxiété et la dépression de sa mère empirent, ce qui mène à l'abus de l'opiat oxycodone. Sa mère arrête de travailler et dort toute la journée en raison des pilules et des substances illicites qu'elle ingère. Elle dit que sa mère « elle ne veut pas de cette vie... elle veut juste dormir ».

Sa soeur est autiste. Par conséquent, elle est violente de manière physique et émotionnelle. Comme sa mère est malade, la patiente doit cuisiner et discipliner sa soeur. Son père, qui a déménagé à Toronto, visite ses enfants deux ou trois fois par année.

La patiente blâme sa mère pour son diagnostic d'anxiété en raison du foyer chaotique où elle a été obligée de vieillir prématurément. Elle blâme la séparation parentale et le fait que sa mère a quitté son travail pour la pauvreté de la famille. « Nous avons dû acheter nos vêtements à Value Village ».

L'impact des traumatismes que cette patiente a vécus, dès un jeune âge, a sûrement contribué aux contrecoups nocifs d'une optique psychologique, émotionnelle, affective et relationnelle. C'est-à-dire qu'une enfance heureuse et saine s'est rapidement effondrée en raison de la séparation parentale qui a mené à la toxicomanie de sa mère et de ce point, au dysfonctionnement complet de l'unité familiale. Il est triste de noter, qu'en raison des relations perturbées entre cette patiente, ses parents et sa soeur, elle a appris, tôt dans la vie, que faire confiance aux autres peut menacer son bien-être (Youcha, 2013, p. 47).

De ce fait, la patiente n'a pas connu la structure familiale qui, en définitive, démontre l'amour parental. Elle a donc possiblement ressenti qu'en conséquence du manque d'une telle structure, elle n'était pas aimée par ses parents. En raison d'un tel fonctionnement perturbé, cette petite se devait d'assumer des responsabilités d'adulte à un trop jeune âge. En conséquence, elle n'a jamais eu l'occasion d'être une enfant.

De surcroît, la patiente n'a pas connu une relation parent-enfant normale où elle a appris comment entretenir des relations saines et naviguer à travers des relations malsaines. On ne lui a jamais donné les ressources nécessaires pour atténuer le chaos qu'elle a vécu chez elle.

En conséquence de ses responsabilités à la maison, elle était isolée et incapable d'établir et d'entretenir des relations à l'école, dans sa communauté ou avec sa famille élargie. Un tel manque de ressources a donc mené au fonctionnement perturbé à plusieurs niveaux. Elle a dû se sentir seule et abandonnée par sa mère qui est devenue accro et par son père qui a déménagé à quatre heures de route. Même sa petite soeur était incapable de lui offrir l'amour et le soutien qu'elle nécessitait.

De ce fait, cette patiente a sans doute souffert en raison d'un manque d'identité où elle ne pouvait pas établir qui elle était en tant que personne, car elle était trop occupée à jouer le rôle d'adulte à un très jeune âge. Lorsque ses droits et responsabilités sont pris en considération, il est évident qu'elle n'a pas été traitée équitablement, car on lui a donné trop de responsabilités au cours de son enfance.

La résilience de cette patiente est sa capacité à naviguer et à négocier les obstacles de la vie en utilisant les ressources essentielles qui sont à sa disposition. Cependant, en conséquence des traumatismes de l'enfance qu'elle a vécus, elle ne réussit pas à démontrer telle résilience qui lui permettrait de rebondir et de surmonter les obstacles qu'elle rencontre.

En raison de ne pas pouvoir compter sur leurs principaux dispensateurs de soins, de tels enfants ne sont pas fournis avec le sentiment de sécurité dont ils ont besoin. Accablés par des sentiments d'insécurité et de stress, ils sont incapables de se calmer lorsqu'ils éprouvent des risques. De même, ils sont incapables de comprendre adéquatement leurs expériences de vie et d'en trouver ainsi du sens. Incapables de contrôler leurs sentiments et ne pouvant pas compter sur un adulte pour les aider à cet égard, ils agissent inévitablement avec la réaction de combat ou de fuite (Blue Knot Foundation : Pathways through which adult health can be compromised, 2018).

## **Patient J**

Les tantes maternelles et paternelles ainsi que ses oncles et ses cousins ont tous un diagnostic de santé mentale, cependant, ces diagnostics spécifiques lui sont inconnus.

« En tant que petite fille, j'ai vécu une belle vie. L'école était géniale et mes parents étaient formidables... jusqu'à l'âge de 7 ans ». Sa mère a commencé à travailler quand elle avait 7 ans. Deux mois plus tard, son père a été diagnostiqué du cancer. La famille a donc déménagé à Parry Sound, une petite ville « où il n'y avait rien à faire ». C'est alors qu'elle a été exposée aux drogues et à l'alcool.

« Parce que ma mère travaillait ou s'occupait de mon père, ma grand-mère a aidé à m'élever... Je me suis donc sentie abandonner ».

« Quand mon père a été diagnostiqué du cancer, j'ai été forcé à vieillir rapidement... Le cancer de mon père m'a fait comprendre que mes besoins n'étaient pas aussi importants que les siens. Je ne demandais donc pas à ma mère pour de l'aide, car je savais que mon père en avait plus besoin ».

« Quand mon père est devenu malade, je me suis assurée que ma mère n'avait qu'à me nourrir et m'habiller. J'ai appris à faire tout le reste par moi-même. C'était difficile ».

« Je souhaite que ma mère et moi ayons passé plus de temps ensemble. Je savais qu'elle m'aimait, mais elle avait du mal à me le montrer. Elle a concentré toute son attention sur mon père et sur son travail ».

« Mes parents m'ont toujours inclus dans les rendez-vous et les traitements médicaux. J'ai participé à la radiothérapie de mon père... J'ai aidé le technicien à adapter son masque. Quand j'étais gamine, j'ai apprécié leurs désirs de m'impliquer. Maintenant, en tant qu'adulte, je crois que c'était excessif... J'ai l'impression d'avoir un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) en conséquence des choses que j'ai entendues et vues ».

Elle attribue son anxiété au cancer de son père. « On a dit à papa qu'il avait une année à vivre... Nous avons attendu que papa meure... J'ai essayé d'être parfaite pendant ce temps... Papa a vécu pour 10 autres années. Il a été en rémission et a alors été diagnostiqué d'un autre type de cancer. Ce cancer l'a finalement tué... Ai-je mentionné qu'il était mon meilleur ami ? »

Dans ce contexte, les traumatismes vécus dans l'enfance par la patiente consistent au cancer de son père, du déménagement à Parry Sound et de la découverte des substances nocives. De façon cumulative, ces derniers ont mené aux déséquilibres psychologiques, affectifs, émotionnels et relationnels.

Selon ce qui précède, il est important de noter que cette patiente s'est ressentie abandonnée à la suite de tout ce qui a eu lieu à cause du diagnostic de son père. C'est-à-dire que sa mère a dû travailler des heures supplémentaires afin d'atténuer les facteurs de stress financiers. Quand elle était à la maison, elle se concentrait sur son mari qui était mourant. De tels comportements sont compréhensibles. Cependant, du temps seul avec sa fille aurait été bénéfique afin d'assurer qu'elle ne se sente pas abandonnée. La patiente aurait donc pu être soutenue émotionnellement et exprimer ses préoccupations de petite fille.

En fin de compte, le temps qu'elle a passé avec sa mère et son père, en matière de quantité et de qualité, n'était pas bien équilibré. Trop d'heures ont été passées à l'hôpital où son père a vu des médecins et a reçu des traitements. En raison de son jeune âge, la patiente s'est sentie débordée. Elle aurait dû être traitée comme un enfant, mais elle a été traitée comme un adulte en ce qui concerne l'information qui lui a été donnée et les soins qu'elle a prodigués à son père. L'expérience et la recherche ont démontré que des responsabilités qui peuvent être gérées ont l'avantage de mieux préparer les enfants aux défis futurs. Dans ce scénario, les attentes de la patiente n'étaient pas adaptées à son âge et donc irréalistes, causant ainsi un traumatisme.

En raison de l'horaire chargé de sa mère, la vie de la patiente n'était pas structurée de manière appropriée. C'est-à-dire que pour soulager le stress de sa mère, elle a grandi tôt et a appris à tout faire par elle-même. Les besoins de tous les autres sont devenus plus importants que les siens. Par conséquent, les responsabilités que l'on attendait d'elle ne pouvaient pas être gérées par quelqu'un de son âge.

En raison de ces circonstances, cette patiente s'est entraînée à ne pas se soucier de ses sentiments et de ses opinions. C'est-à-dire qu'elle s'est habituée à ne pas tenir compte de ses

misères et d'adresser ses besoins en observant son environnement et en s'appuyant sur sa logique en conséquence de ses observations (Blue Knot Foundation : Pathways through which adult health can be compromised, 2018). Inévitablement, cela peut avoir provoqué du ressentiment et de la colère envers ses deux parents, surtout son père. Elle s'est peut-être alors sentie coupable. Pour ces raisons, la patiente s'est sentie comme si elle avait perdu tout contrôle sur sa vie. Des sentiments d'anxiété, de dépression... l'ont peut-être amenée à s'impliquer avec des personnes qui abusaient des substances illicites. Pour échapper à sa réalité, elle a choisi d'adopter ces mêmes pratiques et est devenue toxicomane.

De surcroît, en conséquence de l'abus émotionnel qu'elle a vécu, cette patiente a appris à intérioriser ses problèmes. Malheureusement, ce comportement appris peut lui avoir fait intérioriser les critiques de ses parents qui, en soi, ont eu un impact nocif sur le développement de son estime de soi (Cecil et al., 2017, p. 115).

## **Patient K**

« J'ai été victime de trois accidents d'agression sexuelle entre 14 et 15 ans. Je n'ai jamais parlé à personne des incidents. J'ai été sexuellement caressé par le directeur de l'école et le prêtre. J'ai donc fait l'expérience d'une faible estime de soi, de la ségrégation par rapport à mon groupe de pairs, de l'ostracisme et de l'intimidation dans mon milieu scolaire... J'ai aussi compris que le prêtre avait en tête de continuer l'abus sexuel à long terme ».

« J'ai été élevé pour respecter les gens d'autorité et croire qu'ils étaient bons et me protégeraient. Cela m'a fait remettre en question tout ce que l'on m'avait enseigné... c'était un réveil très brutal pour un enfant de 14 ans ».

« Ces incidents m'ont fait questionner les croyances religieuses de ma famille... Mon éducation religieuse a été remise en question... J'ai réalisé que le système éducatif n'était pas disposé à protéger les enfants et que la politique a couvert l'inconduite ».

En raison de l'abus sexuel aux mains d'un prêtre et d'un directeur d'école, ce patient a fait l'expérience des troubles psychologiques, émotionnels, affectifs et relationnels tout au long de sa vie.

De ce fait, le patient ne se sentait pas en sécurité à l'école et éprouvait ainsi de la peur et de l'anxiété. Un faible sentiment d'appartenance dans le milieu scolaire s'est produit à la suite de l'abus et de l'intimidation, ce qui a aggravé la peur et l'anxiété. De tels événements ont mené le patient à avoir une faible estime de soi, car il ne se sentait pas accepté ou apprécié à l'école. En outre, le patient a également connu une perte de contrôle sur sa vie et un manque de confiance. Il ne savait pas où chercher de l'aide, car ceux en qui il avait le plus confiance le trahissaient. Ne pas vouloir partager son secret avec ses parents était une décision malheureuse, car elle l'isolait davantage et diminuait son système de soutien. En conséquence, il n'a pas eu accès aux ressources dont il avait besoin pour traiter les troubles psychologiques, émotionnels, affectifs et relationnels qui en sont découlés.

Inévitablement, les traumatismes de l'enfance se produisent souvent aux mains des gardiens (Youcha, 2013, p. 47). Bien que les victimes reconnaissent qu'un problème existe, ils se blâment

pour l'abus qui a lieu (Youcha, 2013, p. 48). Les études ont déterminé qu'afin d'éviter la douleur émotionnelle qui en découle, les victimes d'abus sexuel tentent d'ignorer toutes émotions reliées aux individus et aux circonstances du trauma. C'est la stratégie la plus commune utilisée pour affronter le traumatisme en question (Wardecker, Edelstein, Quas, Cordon et Goodman, 2017, p. 630).

## 5.4.2 Impacts sur l'apparition des maladies mentales à l'âge adulte

### Patient A

Les diagnostics, y incluent ceux du trouble schizo-affectif et du syndrome de stress post-traumatique (SSPT), sont les conséquences des traumatismes que le patient a vécus. Plus précisément, le trouble schizo-affectif est un mélange de caractéristiques de problème bipolaire et schizophrénique. En conséquence de ceux-ci, le patient fait l'expérience des troubles affectifs tels que la manie et la dépression, où il a de la difficulté à maîtriser ses émotions. D'une perspective psychologique, il peut manifester de l'anxiété, de la paranoïa, des délires ou des hallucinations. De même, il peut démontrer un discours désorganisé, un affect plat ou des comportements du type catatonique. En raison de ces difficultés, le patient peut devenir toxicomane, ce qui peut alors mener aux difficultés relationnelles. C'est-à-dire qu'il risque d'avoir des problèmes de socialisation qui peuvent mener à la perte de relations familiales, à l'isolement social et aussi à la crise d'abandon.

Un trouble schizo-affectif a un effet sur l'esprit en ce qu'il influe non seulement les pensées et les émotions du patient, mais aussi ses comportements. De ce fait, ce dernier éprouve des symptômes qui sont étroitement reliés aux troubles psychotiques et bipolaires (Royal College of Psychiatrists, 2018).

Parallèlement, ce patient fait l'expérience des changements d'humeur qui ont un impact sur sa vie, de manière globale, ainsi que sur les symptômes psychotiques dont il fait l'expérience. Il y a une possibilité qu'il éprouve surtout des symptômes de psychose même si les problèmes d'humeur sont absents. Néanmoins, quand des problèmes d'humeur ont lieu, en conjonction avec une phase dépressive ou maniaque, les symptômes psychotiques risquent de s'exacerber (Mental Health America, 2018).

De surcroît, le diagnostic du syndrome de stress post-traumatique s'ajoute aux difficultés du patient en raison de la paranoïa et des troubles émotionnels, y inclut ceux de la dépression et de l'anxiété qui provoquent ensuite les problèmes de relations interpersonnelles.

Le SSPT peut se produire à la suite d'un traumatisme qui a peut-être été vécu et dont les conséquences ou témoignages, provoquent une peur extrême se rapportant à des préjudices physiques et peut-être la mort. De ce fait, la victime a fait l'expérience d'une peur effrayante et



d'incapacité (Tarabulsy, Provost, Drapeau et Rochette, 2008, p. 61). Plus précisément chez les enfants, telles émotions peuvent avoir lieu en conséquence des chocs émotionnels violents, provoquant un ébranlement durable tel que l'abus émotionnel, physique et sexuel, la négligence ainsi que d'être témoin à la violence (Tarabulsy et al., 2008, p. 62).

## **Patient B**

En raison des traumatismes vécus durant l'enfance, ce client souffre du trouble bipolaire avec des caractéristiques de psychose à l'âge adulte. En plus d'avoir de la difficulté de communication verbale, il fait l'expérience des problèmes psychologiques tels que ceux de l'anxiété et de la difficulté de concentration. D'une perspective émotionnelle, il manque d'expression et peut souffrir de la manie ou de la dépression. Il n'a donc pas la capacité de ressentir de l'empathie et n'a pas la perspicacité qui lui permet de comprendre le comportement des autres. La paranoïa fréquente peut entraîner des problèmes de relations interpersonnelles qui mènent alors à l'isolation sociale. Les auteurs Weiten et McCann (2013) ajoutent à ces pensées lorsqu'ils confirment que tels patients sont fragiles, d'une perspective émotionnelle, lorsqu'ils font l'expérience des phases cycliques, de dépression et de manie extrême, au début et à la fin du continuum de l'humeur (Weiten et al., 2013, p. 565).

Par ailleurs, de nombreuses enquêtes confirment que les traumatismes qui ont lieu à un âge précoce ont un impact significatif par rapport aux trajectoires du trouble bipolaire et de la manifestation des symptômes qui en sont associés. Les traumatismes qui contribuent à la sévérité et à la progression rapide de la maladie sont ceux de l'abus et de la négligence.

Plus précisément, les statistiques de cette recherche, complétée en 2011, démontrent que 51% des enfants, qui ont vécu l'abus et la négligence, ont été diagnostiqués comme tel. 37% d'entre eux ont souffert d'abus émotionnel tandis que 24% de cette cohorte a été victime d'abus physique. 24% de cet échantillon a souffert en raison de la négligence émotionnelle, 21% a vécu l'abus sexuel et 12% la négligence physique. En plus, un tiers de ce groupe d'enfants a survécu à une combinaison de différents types de traumatismes.

Dès lors, il n'est pas surprenant que cette enquête confirme que les traumatismes durant l'enfance mènent à un diagnostic précoce aux troubles bipolaires, au suicide et à la toxicomanie. Conformément avec les données mentionnées ci-dessus, il vaut la peine de mentionner que les jeunes victimes de traumatismes souffrent aussi en conséquence du développement perturbé du système nerveux. C'est-à-dire que la dénaturation structurelle et fonctionnelle du cerveau, qui prend place lors de l'enfance a des conséquences néfastes de longue durée. Du point de vue physiopathologique, la gravité du trouble bipolaire est directement liée à un tel dommage neurologique. Quoi qu'il en soit, les adultes qui ont souffert en conséquence de tels traumatismes

durant leurs enfances ont un risque considérable d'être diagnostiqués d'un trouble bipolaire et de connaître ainsi des périodes de dépression sévère mélangées avec des épisodes de manie tout au long de leur vie adulte (Daruy-Filho, Brietzke, Lafer, Grassi-Oliveira, 2011, p. 428).

## Patient C

Arrivé à l'âge adulte, ce patient qui a non seulement un retard de développement, mais qui a aussi été victime de traumatisme durant l'enfance, est diagnostiqué de trouble bipolaire. Cet individu est évidemment désavantagé dès un très jeune âge en raison d'une physiologie cognitive subordonnée à la normale et l'achèvement tardif des phases physiologiques essentielles. De surcroît, il fait l'expérience de discours rapides absurdes, de l'agitation psychomotrice et de l'incapacité de concentration. D'une perspective émotionnelle, il fait l'expérience de l'agitation, de la manie et de la dépression, ce qui mène aux difficultés relationnelles et alors à l'isolation sociale.

Afin de mieux comprendre les contrecoûts néfastes des traumatismes qui ont lieu durant l'enfance, plusieurs enquêtes ont pris place au cours des années. Voulant plus précisément saisir les relations qui existent entre ces traumatismes et la survenue de troubles bipolaires, les auteurs de l'article *The Role of Childhood Trauma in Bipolar Disorders* (2016), ont confirmé que les adultes qui souffrent en conséquence des troubles bipolaires ont sans doute été victimes de plusieurs traumatismes (Aas, Henry, Andreassen, Bellivier, Melle, Etain, 2016), ce qui est conforme aux expériences vécues par ce patient.

D'autres études ajoutent à la discussion lorsqu'elles établissent un lien entre la perte parentale et le diagnostic de trouble bipolaire. C'est-à-dire que les données confirment que les patients atteints de trouble bipolaire ont un taux plus élevé de perte parentale à un jeune âge. Si une telle perte a lieu lorsque l'enfant a moins de cinq ans, ce dernier est quatre fois plus susceptible de développer le trouble bipolaire. D'autres chercheurs ont de même mis en évidence que le nombre d'années de séparation paternelle est associé au diagnostic, surtout si elle a lieu durant la jeune enfance (De Codt, Monhonval, Bonjaerts, Belkacemi et Tecco, 2016, p. 6).

## **Patient G**

Comme toutes les victimes d'agression sexuelle ne réagissent pas de la même façon ou ne présentent pas les mêmes types de symptômes, il n'y a pas de modèle unique en ce qui concerne les contrecoups. Dans cette situation particulière, où la patiente a été violée fréquemment entre 8 et 15 ans, elle souffre du syndrome de stress post-traumatique (SSPT), de l'anxiété et de la dépression avec des caractéristiques du type psychotique. En effet, les enquêtes démontrent que 80% des victimes d'abus sexuel souffrent dès lors du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) (Levine et Kline, 2006, p. 61).

En fonction de tel diagnostic, cette jeune femme peut être en état de choc et de déni tout en ressentissant de la confusion et des sentiments de paralysie. Elle peut éprouver le déni et la culpabilité parce qu'elle connaît l'homme qui l'a agressée sexuellement. Levine et Kline (2006) l'explique bien lorsqu'ils écrivent que, lorsqu'un enfant souffre d'abus sexuel de la part de quelqu'un en qui il a confiance pour le protéger, la complexité de la trahison, du secret et de la honte supplémentaire sont en soi écrasants (Levine et al., 2006, p. 27).

Notamment, ce type de traumatisme est destructeur, car le sens formatif du soi de l'enfant est violé. Cette petite a donc tenté de ne pas divulguer son secret et de vivre en solitude, remplie de honte et de culpabilité. Les parties privées de sa personne ont été violées et alors, ses perceptions du soi altérées (Levine et al., 2006, p. 32-33). À notre avis, les demandes de la mère adoptive encouragent la patiente à mentir et à ne pas se défendre, ce qui l'empêche finalement de développer un caractère fort. Ces suggestions favorisent une peur intérieure et un manque de confiance en soi qui peuvent provoquer l'échec dans la vie (Levine et al., 2006, p. 30).

En raison de l'incapacité à créer une identité familiale et personnelle, la victime ne sait pas qui elle est. De ce fait, elle peut aussi croire qu'elle n'a aucun contrôle sur sa vie et tout ce qui lui est arrivé en très peu de temps. Elle n'a peut-être pas cru qu'elle appartenait à cette famille, que ses parents avaient besoin d'elle ou que sa vie avait un but...

De plus, elle peut être encline à manifester des émotions intenses et imprévisibles. Nerveuse et en état d'hyper-vigilance, elle peut avoir de la difficulté à se concentrer ou dormir. Ses pensées et ses sentiments à propos d'elle-même, sa famille et sa communauté peuvent devenir négatifs. À la suite de telles expériences traumatiques, la patiente peut aussi avoir de l'anxiété, car elle craint constamment qu'une autre attaque puisse avoir lieu à tout moment. Dans

le même ordre d'idée, elle peut souffrir de la dépression qui peut influencer de façon négative son appétit, conduire à l'insomnie ou l'hypersomnie, promouvoir la faible estime de soi et des sentiments de désespoir.

En raison d'une peur chronique de l'abandon et des schémas d'attachement rempli d'insécurité, elle peut choisir de ne pas s'engager dans des relations et se retrouver alors très isolée (Levine et al., 2006, p. 33). Cela dit, la patiente serait dans l'impossibilité inévitable de profiter pleinement de la vie.

## **Patient H**

Ainsi, l'on peut dire que cette patiente souffre de l'anxiété qui est en soi un symptôme du trouble de personnalité. Le chercheur Bessel Van Der Kolk (2014) contribue à cette discussion lorsqu'il exprime que l'âge de la victime, au moment des traumatismes, joue un rôle primordial au diagnostic du trouble de personnalité. Il explique que 81% des petits qui ont été diagnostiqués comme tels, ont souffert l'abus avant l'âge de sept ans. Dans ce scénario, la patiente est devenue victime des traumatismes dès l'âge de quatre ans (Van Der Kolk, 2014, p. 142).

De surcroît, elle éprouve des changements significatifs dans ses humeurs et doit lutter afin de gérer ses émotions de façon saine. C'est-à-dire que le trouble de personnalité l'a fait osciller entre des émotions négatives et de longues périodes d'anxiété et de dépression. Karr-Morse et Wiley (2012) ont confirmé, au cours de leurs recherches, que la maltraitance précoce est clairement impliquée dans le développement ultérieur de la dépression (Karr-Morse et al., 2012, p. 146).

Puisque cette patiente n'a connu que des relations familiales perturbées, qui l'ont empêchée d'établir des relations saines avec des amis de son âge en dehors de la maison, elle ne s'est pas épanouie à cet égard. Les recherches de Karr-Morse et Wiley (2012) ont déterminé que la formation et les expériences de vie sont les éléments décisifs qui prédisposent quelqu'un à l'anxiété (Karr-Morse et al., 2012, p. 27).

De ce fait, elle se sent seule, vide, indigne d'amour, abandonnée et rejetée. En raison de la dépression et de la faible estime de soi, elle a beaucoup de difficulté à déterminer sa valeur en tant qu'individu. Il n'est donc pas surprenant que cette patiente ait de la difficulté à maintenir des relations saines (Van Der Kolk, 2014, p. 140) et que ses objectifs futurs soient instables. Une étude holistique des impacts des traumatismes de cette dernière, sur l'apparition des maladies mentales à l'âge adulte, peut expliquer son passage de l'idéalisation à la dévaluation de sa mère.

## Patient J

Diagnostiqué d'anxiété, de dépression et de troubles bipolaires, la patiente doit surmonter plusieurs obstacles, y inclus les dérèglements de l'humeur. Les auteurs de l'article de recherche intitulé *Bipolar Disorder and Early Affective Trauma* (2016) confirment, qu'en raison de la négligence parentale que cette patiente a vécu lors de son enfance, le diagnostic de trouble bipolaire est attendu (De Codt et al., 2016, p. 6). C'est-à-dire qu'elle fait l'expérience de phases d'exaltation et de manie qui alternent avec des périodes dépressives profondes et des moments de stabilité. Tel qu'indiqué au cours de l'enquête ci-dessus, cela entraîne des sentiments de désespoir et la faible estime de soi (De Codt et al., 2016, p. 6). Comme elle est souvent fatiguée, elle éprouve de la difficulté à se concentrer, ce qui mène souvent à l'incapacité de faire des choix ou des décisions. Un effet domino se produit alors, car de telles émotions et sentiments entraînent une perte d'intérêts pour les activités autrefois appréciées et ainsi le retrait social. C'est un cercle vicieux où la patiente se sent coupable de ses comportements et de ses pensées par rapport à sa famille (De Codt et al., 2016, p. 6).

Étroitement liés à de telles difficultés, se retrouvent les troubles d'anxiété. Cette patiente tente d'être perfectionniste et, de façon constante, se juge durement. Elle doute de sa capacité à réussir dans la vie. Malgré ses essais pour éviter les sentiments effrayants, elle est trop souvent craintive et se croit impuissante. En raison d'une perspective négative sur la vie, elle a toujours peur de perdre les gens qui lui sont importants. Un tel état émotionnel intense et erratique est amplifié par la difficulté à dormir et à manger et par un haut niveau de dysfonctionnement dans sa vie personnelle et romantique.



## **Patient K**

En raison de l'agression sexuelle, qui lui a fait réaliser que tout ce qu'il avait appris en grandissant, en fonction de ses attentes des personnes en position d'autorité, le patient souffre d'un trouble d'anxiété généralisé à l'âge adulte. Maté (2008) l'explique bien lorsqu'il écrit que la crainte et le doute envers les individus influant, surtout les fournisseurs de soins, sont ancrés au sein du système nerveux des petits qui souffrent en raison d'abus. Au cours des années, telle incrédulité durable est consolidée par des épreuves pénibles aux mains des individus qui font office d'autorité tel que les professeurs, les policiers, les docteurs... (Maté, 2008, p. 50).

En conséquence de ce désordre, il fait l'expérience de pensées et de préoccupations intrusives qui sont récurrentes et qui peuvent être hors de proportion, liées au stress déclencheur originel. Dans le même ordre d'idée, le patient évite les stimuli ou les rappels liés aux traumatismes, car ils le rapportent aux événements d'agressions et de molestations qui ont eu lieu dans son enfance. Un tel sentiment accrut d'excitation intérieure, qui peut inclure l'hyper-vigilance, l'irritabilité, l'anxiété ou être facilement surpris... sont toutes des conséquences du trouble d'anxiété généralisée.

On peut dire que ce patient vit dans une réaction de gel parce qu'il est constamment à l'affût du danger et paralysé par la peur. Ce concept a été confirmé par la recherche de Levine (2010) qui a étudié des populations autochtones qui ont été conquises et colonisées par ceux de l'Espagne et du Portugal. Ces derniers ont adopté le mot 'susto' afin de décrire ce qui prend place lors d'un traumatisme. Leurs définitions de 'susto' étaient celles d'un effroi paralysant et de la perte de l'âme (Levine, 2010, p. 31). Une corrélation existe certainement avec ce patient qui est incapable de vivre dans le moment, profiter pleinement de la vie et se livrer à un mode de vie normal et élevé dû aux assauts passés.

## 5.5 Conclusion générale

Dans le cadre de notre stage spécialisé, le principal objectif que nous nous sommes fixé, consistait à connaître les traumatismes vécus dans l'enfance et leurs impacts sur l'éclosion des maladies à l'âge adulte. Nous avons donc identifié la nature, les causes et les différentes formes de traumatismes vécus dans l'enfance, dont les impacts ont conduit à l'apparition des maladies mentales à l'âge adulte des clients rencontrés. Les dimensions que nous avons explorées, lors de notre stage spécialisé, couvrent les différentes causes parentales, familiales, relationnelles, sociales et institutionnelles, du type scolaire et ecclésiastique, qui ont provoqué des traumatismes avec des impacts psychopathologiques sévères chez les clients lorsqu'ils ont atteint l'âge adulte. Nous avons donc exploré les formes et les types d'abus qui ont engendré des traumatismes chez les enfants. Nous avons évalué leurs conséquences aux niveaux physique, psychique, familial, relationnel, social et institutionnel des personnes impliquées. Nous avons procédé à une analyse thématique, une discussion, une interprétation et une synthèse critique des résultats de notre stage spécialisé. Cette analyse nous a permis de révéler, à la lumière des résultats obtenus, l'identification des facteurs de prédisposition de l'éclosion de la maladie mentale à l'âge adulte, engendré par les relations parentales, familiales, sociales, institutionnelles perturbées.

Au terme de cette conclusion générale, nous avons dégagé et proposé des perspectives à travers des pistes de prévention et d'intervention. Le sujet de notre essai de stage spécialisé est d'un intérêt décisif, car il se rapporte au domaine du service social et à la mise en oeuvre d'interventions dans le cadre des traumatismes vécus dans l'enfance et leurs impacts sur l'éclosion des maladies mentales à l'âge adulte. En raison des tabous et de la stigmatisation, qui existent toujours en société, par rapport à cette problématique, c'est un sujet qui semble peu exploré par la littérature dominante, mais qui mérite une attention immédiate. La gravité croissante de ce phénomène, la pénurie de services de traitement spécialisé et des ressources d'intervention précoce, d'appui et de prévention, interpellent la nécessité des solutions urgente à apporter à cette problématique tant au niveau personnel, familial, social et relationnel. Telle information pourra donc contribuer à l'amélioration des conditions de vie pour les gens de tous les âges qui souffrent en raison des traumatismes vécus dans l'enfance et des maladies mentales, au cours de leur vie.

Les résultats de notre stage spécialisé contribueront au développement de nouvelles politiques de protection préventive, de l'enfance et de la famille, en vue de l'éradication progressive des formes d'abus qui causes des traumatismes, menant à l'éclosion des maladies mentales à l'âge adulte des personnes concernées. De tels politiques pourraient contribuer aussi à l'amélioration des stratégies d'intervention psychosociale, structurelle et familiale en travail sociale et en santé mentale.

Par rapport au thème des traumas vécus dans l'enfance que nous avons explorées dans notre stage spécialisé, les données recueillies confirment les résultats de nombreuses études. En effet, les personnes qui éprouvent des traumas sévères et réitérés pendant l'enfance souffrent en raison d'un développement neurobiologique et psychologique dénature. De telles afflictions comportent des impacts destructifs inévitables sur l'intégrité physique et psychique des victimes de traumas dans l'enfance qui engendrent des troubles de comportement en tant qu'adultes.

Le syndrome de stress post-traumatique, en tant qu'impact psychopathologique résultant des traumatismes vécus durant l'enfance se manifeste sous forme de paranoïa, de troubles émotionnels, de dépression et d'anxiété qui provoque ensuite les problèmes de relations interpersonnelles, familiales, sociales avec des risques de transmission intergénérationnelle. Le syndrome du stress post-traumatique est l'une des conséquences majeures des traumatismes vécus dans l'enfance avec de sévères préjudices physiques et psychologiques susceptibles d'être chroniques et pouvant être tragique. Outre le syndrome du stress post-traumatique, les impacts des autres types de traumatismes vécus dans l'enfance impliquent des maladies mentales et physiques d'une gravité encore inconnues.

L'analyse des données de notre stage spécialisé confirme bien les observations de nombreux auteurs. Selon ces auteurs, les maladies mentales et physiques, peuvent se produire à la suite d'un traumatisme dont les conséquences sont capables d'engendrer des préjudices de toutes sortes, pouvant même entraîner la mort. Chez les enfants, nous avons noté un déséquilibre émotionnel violent, entraînant de graves perturbations durables sur le plan physique et psychique de la personnalité. De telles maladies mentales à l'âge adulte résultent de plusieurs causes telles que, l'abus émotionnel, physique et sexuel, la négligence ainsi que d'être témoin à la violence (Tarabulsy et al., 2008, p. 62).

À la suite de notre expérience de stage spécialisé, les sessions et les acquis d'apprentissage que nous avons tiré se situe à deux grands niveaux :

### **1. Au niveau théorique de notre formation**

- Connaissance théorique des problématiques reliée à la santé mentale, des traumatismes d'enfance et de leurs conséquences à long terme
- Habileté d'analyse et de discussion
- Maîtrise des différentes approches, des modèles théoriques, des écoles de pensée en travail social, notamment en santé mentale
- Acquisition et maîtrise des connaissances théoriques et méthodologiques nécessaires à la capacité de conception et d'élaboration d'un essai de stage spécialisé
- Acquisition et maîtrise des connaissances théoriques et méthodologiques nécessaires à l'élaboration d'un projet de stage spécialisé
- Capacité à concevoir un projet de recherche, la problématique, l'analyse des résultats et la rédaction du rapport final

### **2. Au niveau pratique de notre formation**

- Application des stratégies pratiques, d'intervention sociale et psychosociale auprès des adultes affectés par des maladies mentales dû à leurs traumatismes d'enfance
- Capacité d'évaluation pratique des problèmes psychosociaux vécus par des patients d'institution de santé mentale
- Capacité de suivi pratique aux clients ayant des besoins de prévention des traumatismes d'enfance et de traitement de maladies mentales vécues à l'âge adulte
- Acquisition d'une grande capacité d'écoute, d'empathie, de solidarité, de validation du vécu expérientiel et émotionnel des personnes vivant des situations psychosociales critiques
- Capacité d'intervention et d'application des principes de l'empowerment
- Capacité à réaliser un projet de recherche et un projet de stage spécialisé, de la problématique au dépôt du rapport final des résultats.

À la lumière des principales tendances ressorties de l'analyse, de l'interprétation, de la discussion et de la synthèse critique des résultats de notre stage spécialisé, les perspectives, les propositions, les recommandations les plus pertinentes que nous envisageons pour contribuer à l'apport de solutions viables à la prévention et au traitement des traumatismes d'enfance et de leurs impacts psychopathologiques à l'âge adulte, sont ici esquissées de manière synthétique.

Ces perspectives, ces propositions, ces recommandations inspirées des résultats de notre stage spécialisé sont les suivantes :

1. Nécessité de renforcement d'interventions préventives des traumatismes d'enfance au sein des familles, auprès des parents, dans les relations et au niveau des institutions par des visites à domicile
2. Importance de promouvoir une sensibilisation et une conscientisation auprès des personnes, des familles, des groupes, et des institutions à risques pour une meilleure prévention des traumatismes de l'enfance
3. Nécessité d'implémenter des ressources institutionnelles, thérapeutiques et préventives et des services spécialisés répondant aux besoins spécifiques des enfants victimes de traumatismes et des adultes affectés par des maladies mentales dues aux traumatismes qu'ils ont vécus dans l'enfance
4. Accroître la formation de qualité des travailleurs sociaux en santé mentale, des psychologues et autres professionnels de la santé dans ce domaine pour mieux être capable de détecter les situations morbides, de les prévenir, d'évaluer les risques et de référer à des ressources thérapeutiques pertinentes
5. Création des services de traitement de prévention, dans les communautés, pouvant prévenir et assister les familles dans l'élimination progressive des risques de traumatismes parmi les enfants
6. Promouvoir une alliance entre les familles, les parents, les groupes, les institutions et les services communautaires pour prévenir les risques et mobiliser les formes de solidarité sociale et de prise en charge des enfants et des adultes concernés
7. Créer des comités professionnels pour l'élaboration d'une politique sociale qui proposeront, aux décideurs publics et à l'état, la mise en commun des ressources, des structures et des

professionnels qualifiés, en vue de répondre aux besoins spécifiques des communautés, des groupes, des personnes, des parents, des familles et des institutions concernés par ces problèmes qui constituent un grave fléau de santé publique pour la société.

## PARTIE 6 : BIBLIOGRAPHIE

- Aas, Monica, Chantal Henry, Ole A. Andreassen, Frank Bellivier, Ingrid Melle et Bruno Etain. 2016. « The role of childhood trauma in bipolar disorders ». *International Journal of Bipolar Disorders*, vol. 4, no 2, p. 1-10.
- Adoption Ontario. 2016, [En ligne]. <http://www.adoptontario.ca/childhood-trauma> (Page consultée le 1<sup>er</sup> mars 2018).
- Agence de la santé publique du Canada. 2015, [En ligne]. <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/mi-mm/index-fra.php> (Page consultée le 1<sup>er</sup> mars 2018).
- Alexander, Bruce K. 2008. *The globalisation of addiction: a study in poverty of the spirit*. Oxford : Oxford University Press.
- American Psychological Association : Trauma. 2017, [En ligne]. <http://www.apa.org/topics/trauma/> (Page consultée le 1<sup>er</sup> mars 2018).
- Amiguet, O. Julier, C. 1996. *L'intervention systémique dans le travail social*. Genève: ies éditions & éesp. 351 pages. (ISBN: 978-2-88224-098-9).
- Babette Rothschild. 2004. *Mirror, Mirror: Our Brains are Hardwired for Empathy*, [En ligne]. <http://www.somatictraumatherapy.com/mirror-mirror/> (Page consultée le 13 Janvier, 2018).
- Bâ, Ousmane Bakary. 2002. « Exil et deuil culturel : fractures d'identité et travail de deuil culturel chez les réfugiés de génocide ethnique. Cas des réfugiés de Bosnie-Herzégovine au Québec depuis 1992 ». Dans BUCICA, Cristina et Nicolas SIMARD (dir.), *L'identité. Zones d'ombre*, Québec, Cahiers du CÉLAT, Bibliothèque nationale du Québec : 53-70.
- Bâ. Ousmane Bakary. 2017. SESO 5156 FL 01 : (7219) Méthodologie de recherche. Note de cours : Bloc 2.
- Bâ. Ousmane Bakary. 2017. SESO : 5197 FL 01 : Séminaire thématique de maîtrise : Travail social et Santé mentale. Note de cours : Bloc 3.
- Bâ, Ousmane Bakary & Brenda Lefrancois (2011). « Ethnic Genocide, Trauma Healing and Recovery: The Case of Identity Ruptures and Restoration in the integration process of Bosnian Refugees in Quebec », 35 p. Dans: *Critical Issues in Conflicts Studies: Implications for Theories, Practices and Pedagogy*, sous la direction de Tom Maytok, Sean Byrne et Jessica Senehi, New York, Editions Lexington Books: Rowman & Littlefield Publishers, Lanham, Boulder, New York, Plymouth (UK), 418 p.
- Benjet Corina, Guilherme Borges et María Elena Medina-Mora. 2010. « Chronic Childhood Adversity and Onset of Psychopathology during Three Life Stages: Childhood, Adolescence and Adulthood ». *Journal of Psychiatric Research*, vol. 44, no 11, p. 732-740.

- Bilodeau, G. 2005. *Traité de travail social*. Paris: Éditions ENSP, 295 p.
- Björkenstam Emma, Bo Burström, B Vinnerljung et Kyriaki Kosidou. 2016. « Childhood Adversity and Psychiatric Disorder in Young Adulthood : An Analysis of 107,704 Swedes ». *Journal of Psychiatric Research*, vol. 77, p. 67-75.
- Blue Knot Foundation. Abuse related conditions. 2018, [En ligne]. <https://www.blueknot.org.au/Resources/General-Information/Abuse-related-conditions> (Page consultée le 13 Novembre, 2017).
- Blue Knot Foundation. Impact of child abuse. 2018, [En ligne]. <https://www.blueknot.org.au/Resources/General-Information/Impact-of-child-abuse> (Page consultée le 13 Novembre, 2017).
- Blue Knot Foundation. Impact on the physiology of the brain. 2018, [En ligne]. <https://www.blueknot.org.au/Resources/General-Information/Impact-on-brain> (Page consultée le 13 Novembre, 2017).
- Blue Knot Foundation. Pathways through which adult health can be compromised. 2018, [En ligne]. <https://www.blueknot.org.au/Resources/General-Information/Compromise-adult-health> (Page consultée le 13 Novembre, 2017).
- Blue Knot Foundation. Preventing Child Abuse. 2018, [En ligne]. <https://www.blueknot.org.au/Resources/General-Information/Preventing-Child-Abuse> (Page consultée le 13 Novembre, 2017).
- Blue Knot Foundation. Types of child abuse. 2018, [En ligne]. <https://www.blueknot.org.au/Resources/General-Information/Types-of-child-abuse> (Page consultée le 13 Novembre, 2017).
- Blue Knot Foundation. What is child abuse? 2018, [En ligne]. <https://www.blueknot.org.au/Resources/General-Information/What-is-child-abuse> (Page consultée le 13 Novembre, 2017).
- Blue Knot Foundation. What is childhood trauma? 2018, [En ligne]. <https://www.blueknot.org.au/Resources/General-Information/What-is-childhood-trauma> (Page consultée le 13 Novembre, 2017).
- Blue Knot Foundation. What is complex trauma? 2018, [En ligne]. <https://www.blueknot.org.au/Resources/General-Information/What-is-complex-trauma> (Page consultée le 13 Novembre, 2017).
- Bombay Amy et Kim Matheson et Hymie Anisman. 2009. [http://www.naho.ca/documents/journal/jah05\\_03/05\\_03\\_01\\_Intergenerational.pdf](http://www.naho.ca/documents/journal/jah05_03/05_03_01_Intergenerational.pdf) (Page consultée le 1<sup>er</sup> mars 2018).



- Brietzke, Elisa, Marcia Kauer Sant'anna, Andréa Jackowski, Rodrigo Grassi-Oliveira, Joanna Buckner, André Zugman, Rodrigo Barbachan Mansur et Rodrigo Affonseca Bressan. 2012. « Impact of childhood stress on psychopathology ». *Journal of the Brazilian Psychiatric Association*, vol. 34, no 4, p. 1516-1546.
- Canadian Mental Health Association, 2016. <http://toronto.cmha.ca/mental-health/understanding-mental-illness/> (Page consultée le 11 mars 2018).
- Canadian Red Cross. Divisions of Child Abuse and Neglect, [En ligne]. [www.redcross.ca/how-we-help/violence--bullying-and-abuse-prevention/educators/](http://www.redcross.ca/how-we-help/violence--bullying-and-abuse-prevention/educators/) abus-et-négligence-prévention-enfants / faits-sur-enfant-abus-et-négligence (Page consultée le 18 Janvier, 2018).
- Cecil, Charlotte A.M., Essi Viding, Pasco Fearon, Danya Glaser, et Eamon J. McCrory. 2017. « Disentagling the mental health impact of childhood abuse and neglect ». *Child Abuse & Neglect*, vol. 63, no 106, p. 106-119.
- Centers for Disease Control and Prevention. 2010. [En ligne]. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5949a1.htm#tab1> (Page consultée le 11 mars 2018).
- Centre for Addiction and Mental Health : Mental Illness and Addictions : Facts and Statistics. 2012. [Enligne].[http://www.camh.ca/en/hospital/about\\_camh/newsroom/for\\_reporters/Pages/addictionmentalhealthstatistics.aspx](http://www.camh.ca/en/hospital/about_camh/newsroom/for_reporters/Pages/addictionmentalhealthstatistics.aspx) (Page consultée le 1<sup>er</sup> mars 2018).
- Clark Charlotte, Tanya Caldwell, Chris Power et A. Stephen Stansfeld. 2010. « Does the Influence of Childhood Adversity on Psychopathology Persist Across the Lifecourse? » A 45 - Year Prospective Epidemiological Study ». *Annals of Epidemiology*, vol. 20, no 5, p. 385-394.
- Clastres, P. “La Société contre l’État” in *La société contre l’État : Recherches d’anthropologie politique*, pp. 161-186. © 1974 Editions de Minuit.
- Commission du droit du Canada. Restoring Dignity Responding to Child Abuse in Canadian Institutions, [En ligne]. [https://www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/inquiries/cornwall/en/hearings/exhibits/Peter\\_Jaffe/pdf/Restoring\\_Dignity.pdf](https://www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/inquiries/cornwall/en/hearings/exhibits/Peter_Jaffe/pdf/Restoring_Dignity.pdf) (Page consultée le 13 Janvier, 2018).
- D’Andrea, Wendy, Ritu Sharma, Amanda D. Zelechowski et Joseph Spinazzola. 2011. « Physical Health Problems After Single Trauma Exposure: When Stress Takes Root in the Body ». *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, vol. 17, no 6, p. 378-392.
- Daruy-Filho, L., E. Brietzke, B. Lafer et R. Grassi-Oliveira. 2011. « Childhood maltreatment and clinical outcomes of bipolar disorder ». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 124, p. 427-434.

- De Codt, Aloise, Pauline Monhonval, Xavier Bonjaerts, Ikram Belkacemi et Juan Martin Tecco. 2016. « Bipolar Disorder and Early Affective Trauma ». *Psychiatria Danubina*, vol. 28, no 1, p. 4-8.
- Dias, Aida, Luisa Sales, David J. Hessen, Rof J. Kleber. 2015. « Child maltreatment and psychological symptoms in a Portuguese adult community sample: the harmful effects of emotional abuse ». *European Child Adolescent Psychiatry*, vol. 24, no 7, p. 767-778.
- Dovran, Anders, Dagfinn Winje, Simon Overland, Kjersti Arefjord, Anita Hansen, Leif Waage. 2015. « Childhood maltreatment and adult mental health ». *Nordic Journal of Psychiatry*, vol. 70, no 2, p. 140-145.
- Drake, Arlene. 2017. *Carefrontation: Breaking Free From Childhood Trauma*. New York: Regan Arts.
- Duarte Esgalhado, Barbara. 2003. « The Ancestor Syndrome ». *Qualitative Inquiry - QUAL INQ.* 9. 481-494. 10.1177/1077800403009003009.
- Du Ranquet, Mathilde. 1991. *Les approches en service social*. 2<sup>éd.</sup>, Paris Vigot, 222p.
- Easton, Scott D et Jooyoung Kong. 2017. « Mental health indicators fifty years later: A population-based study of men with histories of child sexual abuse ». *Child Abuse & Neglect*, vol. 63, p. 273-283.
- Edwards Valerie J, George W Holden, Vincent J Felitti et Robert F Anda. 2003. « Relationship Between Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health in Community Respondents: Results from the Adverse Childhood Experiences Study ». *American Journal of Psychiatry*, vol. 160, no 8, p. 1453-1460.
- Egan, Gerard. 2005. *Communication dans la relation d'aide*. Laval, Québec. : Études vivantes, 466 pages (ISBN: 2760705447).
- Elderson, James. (2005). « Children's Witnessing of Adult Domestic Violence », *Children's Experience of Domestic Violence*, vol. 16, no 4, p. 1-25.
- Encyclopedia of Social Work : Narrative. 2008. [En ligne]. <http://www.oxfordreference.com.libweb.laurentian.ca/view/10.1093/acref/9780195306613.001.0001/acref-9780195306613-e-259?rskey=kIo8cG&result=259> (Page consultée le 1<sup>er</sup> mars 2018).
- Encyclopedia of Social Work : Trauma. 2008, [En ligne]. <http://www.oxfordreference.com.libweb.laurentian.ca/view/10.1093/acref/9780195306613.001.0001/acref-9780195306613-e-400?rskey=uE6bHq&result=400> (Page consultée le 1<sup>er</sup> mars 2018).

- Feminist Reading Group. 2010, [En ligne]. <https://feministtheoryreadinggroup.wordpress.com/2010/11/23/marilyn-frye-the-politics-of-reality-oppression/> (Page consultée le 1<sup>er</sup> février 2018).
- Fergusson David M, Joseph M Boden et L. John Horwood. 2008. « Exposure to Childhood Sexual and Physical Abuse and Adjustment in Early Adulthood ». *Child Abuse & Neglect*, vol. 32, no 6, p. 607-619.
- Fook, Jan. Gardner, F. 2007. *Practicing Critical Reflection, A Resource Handbook*. England: McGraw Hill, 218 pages. (ISBN-13: 978 0335 221707).
- Gadamer, H.G. “La diversité de l’Europe” in *L’Héritage de l’Europe*, pp. 3-26. © 2003 Rivages-poche - Petite bibliothèque.
- Garceau, Marie-Luce. 1999. *Guide de présentation d’un travail écrit s’adressant aux étudiantes et étudiants du Baccalauréat en Service Social*. Sudbury, Université Laurentienne.
- Gérard, Egan. 2005. *Communication dans la relation d’aide*. Québec : Groupe Beauchemin, éditeur liée. p 1-429.
- Gershon, Anda, Keith Sudheimer, Rabindra Tironvanziam, Leanne M. Williams, Ruth O’Hara. 2013. « The Long-Term Impact of Early Adversity on Late-Life Psychiatric Disorders ». *Geriatric Disorders*, vol. 15, p. 343.
- Godbout, J.T. “Le don archaïque: quelques leçons de l’ethnographie” in *L’esprit du don*, pp. 145-167. © 2007 Editions Le Découverte.
- Goodreads Inc : C.J. Heck. 2017, [En ligne].[https://www.goodreads.com/author/show/5308345.C\\_J\\_Heck](https://www.goodreads.com/author/show/5308345.C_J_Heck) (Page consultée le 9 février 2018).
- GoodTherapy : Adverse Childhood Experience (ACE) Questionnaire. 2018, [En ligne]. <https://www.goodtherapy.org/blog/psychpedia/ace-questionnaire> (Page consultée le 13 Novembre, 2017).
- Grand Sudbury : Population. 2018, [En ligne]. <https://www.greatersudbury.ca/living/about-greater-sudbury/key-facts/population/> (Page consultée le 1<sup>er</sup> février 2018).
- Green Freif Jennifer, Katie A. McLaughlin, Patricia A. Berglund, Michael J. Gruber, Nancy A. Sampson, Alan M. Zaslavsky et Ronald C. Kessler. 2010. « Childhood Adversities and Adult Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey Replication I ». *American Medical Association*, vol. 67, no 2, p. 113-123.
- Higgins, Daryl J et Maria McCabe. 2000. « Relationships Between Different Types of Maltreatment During Childhood and Adjustment in Adulthood ». *Child Maltreatment*, vol. 5, no. 3, p. 261-272.

- Hobbes, Thomas. 1651. "Leviathan" in *Les classiques des sciences sociales*, pp. 1-40. © [http://classiques.uac.ca/classiques/hobbes\\_thomas/leviathan/leviathan.html](http://classiques.uac.ca/classiques/hobbes_thomas/leviathan/leviathan.html).
- Horizon Santé-Nord : Services Psychiatriques. 2018, [En ligne]. <https://www.hsnsudbury.ca/portalfp/Programmes-et-services/Santé-mentale-et-toxicomanie/Services-psychiatriques> (Page consultée le 1 mars, 2018).
- Horizon Santé-Nord : Welcome to the Mental Health and Addictions Program. 2018. [En ligne]. <https://www.hsnsudbury.ca/portalen/Programs-and-Services/Mental-Health-and-Addictions> (Page consultée le 1<sup>er</sup> mars 2018).
- Illich. Ivan. 1974. « Némésis Médicale : l'expropriation de la santé ». p. 1-201. Calder & Boyars.
- Jansen K, T.A. Cardoso, G.R. Fries, J.C. Branco, R.A. Silva, M. Kauer-Sant'Anna, F. Kapczinski, PVS. Magalhaes. 2016. « Childhood trauma, family history, and their association with mood disorders in early adulthood ». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 134, no 4, p. 281-286.
- Kaya, A, Y Tanner, B Guclu, E Taner, Y Kaya, HG Bahcivan et IT Benli. 2008. « Trauma and Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder ». *The Journal of International Medical Research*, vol. 36, no2, p. 9-16.
- Karr-Morse, Robin, et Meredith S. Wiley. 2012. *Scared sick: the role of childhood trauma in adult disease*. New York: Basic Books.
- Krugers, Harm J., J. Marit Arp, Hui Xiong, Sofia Kanatsou, Sylvie L. Lesuis, Aniko Korosi, Marian Joels, Paul J, Lucassen. 2017. « Early life adversity: Lasting consequences for emotional learning ». *Neurobiology of Stress*, vol. 6, p. 14-21.
- Larose Suzanne et Marie Fondaire. 2011. *Détresse psychologique en situation de crise*, 2e édition. Montréal, Les Éditions Québécois.
- Larousse : Enfance. [En ligne]. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/enfance/29436?q=enfance#29315> (Page consultée le 1<sup>er</sup> mars 2018).
- Le Journal des femmes : Maladie Mentale. 2017. [En ligne]. <http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/faq/39313-maladie-mentale-definition> (Page consultée le 1<sup>er</sup> mars 2018).
- Leeb, Rebecca T., Terri Lewis et Adam J. Zolotor. 2011. « A Review of Physical and Mental Health Consequences of Child Abuse and Neglect and Implications for Practice ». *American Journal of Lifestyle Medicine*, vol. 5, no 5, p. 454-468.

- Leenarts, Laura E., Julia Diehle, Theo A. Doreleijers, Elise P. Jansma et Ramon J. Lindauer. 2012. « Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: a systematic review ». *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 22, no 5, p. 269-283.
- Leroi, A.M., C. Bernier, A. Watier, M. Hémond, G. Goupil, R. Black, P. Denis et G. Devroede. 1995. « Prevalence of sexual abuse among patients with functional disorders of the lower gastrointestinal tract ». *International Journal of Colorectal Disease*, vol. 10, no 4, p. 200-206.
- Lev-Wiesel, Rachel. 2007. « Intergenerational Transmission of Trauma across Three Generations ». *Qualitative Social World*, vol. 6, no 1, p. 75-94.
- Levine, P et Kline M. 2006. *Trauma through a child's eyes: Awakening the ordinary miracle of healing*. Berkeley, California: North Atlantic Books.
- Levine, Peter A. 1997. *Waking the tiger: healing trauma : the innate capacity to transform overwhelming experiences*. Berkeley, California: North Atlantic Books.
- Levine, Peter A. 2010. *In an unspoken voice: How the body releases Trauma and Restores Goodness*. Berkeley: North Atlantic Books.
- Linternaute : Maladie. 2017. [En ligne]. <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/maladie/> (Page consultée le 1<sup>er</sup> mars 2018).
- Linternaute : Mentale. 2017. [En ligne]. <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/mental/> (Page consultée le 1<sup>er</sup> mars 2018).
- Linternaute : Trauma. 2017. [En ligne]. <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/trauma/> (Page consultée le 1<sup>er</sup> mars 2018).
- Locke, John. 1690. "Traité du gouvernement civil" in *Les classiques des sciences sociales*, pp. 1-51. © [http://classiques.uqac.ca/classiques/locke\\_john\\_traite\\_du\\_gouvernement\\_civil.html](http://classiques.uqac.ca/classiques/locke_john_traite_du_gouvernement_civil.html).
- López-Martínez, Alicia E, Elena R Serrano-Ibanez, Gema. T Ruiz-Parraga, Lydia Gómez-Pérez Carmen Ramírez-Maestre et Rosa Esteve. 2016. « Physical Health Consequences of Interpersonal Trauma : A Systematic Review of the Role of Psychological Variables ». *Trauma, Violence & Abuse*. p. 1-18.
- MacMillan L. Harriet, Jan E. Fleming, David L. Streiner, Lin Elizabeth, Michael H. Boyle, Ellen Jamieson, Eric K. Duku, Christine A. Walsh, Maria Y Wong et William R. Beardslee. 2001. « Childhood Abuse and Lifetime Psychopathology in a Community Sample ». *The American Journal of Psychiatry*, Vol. 158, Issue 11, p. 1878- 1883.

- Maha A, Almuneef, Dana M. Hollinshead, Hassan Saleheen, Sereen AlMadani, Bridget Derkash, Fadia AlBuhairan, Majid Al-Eissa et Fluke John. 2016. « Adverse Childhood Experiences and Association with Health, Mental Health, and Risky Behavior in the Kingdom of Saudi Arabia ». *Child Abuse & Neglect*, vol. 60, p. 10-17.
- Marx, Karl and Friedrich Engels. 1845. “L’idéologie allemande” in *Les classiques des sciences sociales*, pp. 1-19. © [http://classiques.uqac.ca/classiques/Engels\\_Marx/ideologie\\_allemande/ideologie\\_allemande.html](http://classiques.uqac.ca/classiques/Engels_Marx/ideologie_allemande/ideologie_allemande.html).
- Marx, Karl and Friedrich Engels. 1875. “Critique des programmes de Gotha et d’Erfurt” in *Les classiques des sciences sociales*, pp. 1-14. © [http://classiques.uqac.ca/classiques/Engels\\_Marx/critique\\_progr\\_gotha/critique\\_progr\\_gotha.html](http://classiques.uqac.ca/classiques/Engels_Marx/critique_progr_gotha/critique_progr_gotha.html).
- Marx, Karl. 1859. “Contribution a la critique de l’économie politique” in *Les classiques des sciences sociales*, pp.1-3 © [http://classiques.uqac.ca/classiques/Marx\\_Karl/contribution\\_critique\\_eco\\_pol/contribution\\_critique.html](http://classiques.uqac.ca/classiques/Marx_Karl/contribution_critique_eco_pol/contribution_critique.html).
- Maté, Gabor. 2008. *In the realm of hungry ghosts: close encounters with addiction*. [Toronto]: Knopf Canada.
- Mayer Rober, Francine Ouellet, Marie-Christine Saint-Jacques, Daniel Turcotte. 2000. « Méthodes de recherche en intervention sociale ». Gaëtan Morin Éditeur. p. 410. ISBN13: 9782891057486.
- McLafferty Margeret, Cherie Armour, Aine McKenna, Siobhan O’Neil, Sam Murphy et Brendan Bunting. 2015. « Childhood Adversity Profiles and Adult Psychopathology in a Representative Northern Ireland Study ». *Journal of Anxiety Disorders*, vol. 35, p. 42-48.
- Memoire Online. 2015. [En ligne]. [http://www.memoireonline.com/12/10/4149/m\\_Des-representations--la-pratique-reflexive--pour-une-co-construction-de-la-professionnalisation46.html](http://www.memoireonline.com/12/10/4149/m_Des-representations--la-pratique-reflexive--pour-une-co-construction-de-la-professionnalisation46.html) (Page consultée le 11 mars 2018).
- Mental Health America. 2018. [En ligne]. <http://www.mentalhealthamerica.net/conditions/schizoaffactive-disorder> (Page consultée le 11 Mars 2018).
- Merrick, Melissa T., Katie A. Ports, Derek C. Ford, Tracie O. Afifi, Elizabeth T. Gershoff, et Andrew Grogan-Kaylor. 2017. « Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health ». *Child Abuse & Neglect*, vol. 69, p. 10-19.
- Molnar, Beth E., Stephen L. Buka et Ronald C. Kessler. 2001. « Child Sexual Abuse and Subsequent Psychopathology: Results From the National Comorbidity Survey ». *American Journal of Public Health*, vol. 91, no 5, p. 753-760.
- Moncrieff, J. 2014. Ideas about mental health in a neoliberal world. *Group Analysis*. 47. 12-16. 10.1177/0533316414558014e.

- Norman, Rosana E., Munkhtesetseg Byambaa, Rumna De, Alexander Butchart, James Scott et Theo Vos. 2012. « The Long-term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis ». *PLoS Med*, vol. 9, no 11, p. 1-31.
- Organisation mondiale de la Santé. 2016. [En ligne]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/> (Page consultée le 11 mars 2018).
- Perry, Bruce D. et Christine R. Ludy-Dobson. 2010. « The role of healthy relational interactions in buffering the impact of childhood trauma » In (Gil, E., Ed) *Working with Children to Heal Interpersonal Trauma: The Power of Play*. Guilford Press, New York.
- Piachaud, Jack. 2008. « Globalization, Conflict and Mental Health ». *Global Social Policy*, vol. 8, no 3, p. 315-334.
- Portail canadien de la recherche en protection de l'enfance. Violences physiques et châtiments corporels au Canada. 2011, [En ligne]. <http://cwrp.ca/fr/infosheets/physical-abuse-and-physical-punishment-canada> (Page consultée le 18 Janvier, 2018).
- PsychCentral Professional. Loneliness rooted in relational trauma. 2018, [En ligne]. <https://pro.psychcentral.com/loneliness-rooted-in-relational-trauma/> (Page consultée le 15 Janvier, 2018).
- Raposo Sarah M., Corey S. Mackenzie, Christine A. Henriksen et Tracie O. Afifi. 2014. « Time Does Not Heal All Wounds: Older Adults Who Experienced Childhood Adversities Have Higher Odds of Mood, Anxiety, and Personality Disorders ». *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 22, no 11, p. 1241-1250.
- Reynolds, Arthur J., Lindsay C. Mathieson et James W. Topitzes. 2009. « Do Early Childhood Interventions Prevent Child Maltreatment ». *Child Maltreatment*, vol. 14, no 2, p. 182-206.
- Ronald W. Alexander, Leslie A Aaron, Kristin R Alberts, Michelle Y. Martin, Katharine E. Stewart, Laurence A. Bradley, Graciela S. Alarcón, Mireya Triana-Alexander. 1998. « Sexual and Physical Abuse in Women with Fibromyalgia: Association with Outpatient Health Care Utilization and Pain Medication Use ». *American College of Rheumatology*.vol. 11, no. 2, p. 102-115.
- Rosen, Lianne, Marsha Runts, Erin M. Eadie et Carolyn Mirotchnick. 2017. « Childhood Victimization and Physical Health in Women: The Mediating Role of Adult Attachment ». *Journal of Interpersonal Violence*. p. 1-24.
- Rossiter Amy, Fintan Byrne, Anna Paulina Wota, Zafar Nisar, Thomas Ofuafor, Ivan Murray Charles Byrne et Brian Hallahan. 2015. « Childhood Trauma Levels in Individuals Attending Adult Mental Health Services : An Evaluation of Clinical Records and Structured Measurement of Childhood Trauma ». *Child Abuse & Neglect*, vol. 44, p. 36-45.

- Rothschild, Babette. 2000. *The body remembers*. New York : Norton.
- Rousseau, Jean-Jacques. “Du contrat social; ou Principes du droit politique” in *Les classiques des sciences sociales*, pp. 1-28. © [http://classiques.uqac.ca/classiques/Rousseau\\_jj/contrat\\_social/contrat\\_social.html](http://classiques.uqac.ca/classiques/Rousseau_jj/contrat_social/contrat_social.html).
- Royal College of Psychiatrists, 2018. [En ligne]. <http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/problemsanddisorders/schizoaffectivedisorder.aspx> (Page consultée le 1<sup>er</sup> mars 2018).
- Sahlins, M. “Le mode de production domestique: structure de la sous-production” in *Âge de pierre, âge d’abondance*. Économie des sociétés primitives, pp.120-144. © 1976 978-2070292851.
- Sahlins, M. “L’esprit du don” in *Âge de pierre, âge d’abondance*. Économie des sociétés primitives, pp. 200-201, 220-236. © 1976 978-2070292851.
- Schilling, Elizabeth A, Robert H. Aseltine et Susan Gore. 2008. « The Impact of Cumulative Childhood Adversity on Young Adult Mental Health: Measures, Models, and Interpretations ». *Social Science & Medicine*, vol. 66, no 5, p. 1140-1151.
- Sickel, Amy E, Jennie G. Noll, Philip J. Moore, Frank W. Putnam et Penelope K. Trickett. 2002. « The Long-term Physical Health and Health care Utilization of Women Who Were Sexually Abused as Children ». *Journal of Health Psychology*, vol. 7, no 5, p. 583-597.
- Spinhoven Philip, Bernet M. Elzinga, Jacqueline G.F.M. Hovens, Karin Roelofs, Frans G. Zitman, Patricia van Oppen et Brenda W.J.H. Penninx. 2010. « The Specificity of Childhood Adversities and Negative Life Events Across the Life Span to Anxiety and Depressive Disorders ». *Journal of Affective Disorders*, vol. 126, p. 103-112.
- Statistique Canada : non probabiliste. [En ligne]. <http://www.statcan.gc.ca/edu/power-pouvoir/ch13/nonprob/5214898-fra.htm#a4> (Page consultée le 11 mars 2018).
- Statistique Canada : Troubles de santé mentales et satisfaction à l’égard de la vie au Canada. 2017, [En ligne]. <https://www.statcan.gc.ca/pub/11-627-m/11-627-m2017033-fra.htm> (Page consultée le 1 mars, 2018).
- Statistique Canada : L’accès aux soins de santé mentale au Canada. 2017, [En ligne]. <https://www.statcan.gc.ca/pub/11-627-m/11-627-m2017019-fra.htm> (Page consultée le 1 mars, 2018).
- Stinson Jill D, Quinn Megan A et Jill S. Levenson. 2016. « The impact of trauma on the Onset of Mental Health Symptoms, Aggression, and Criminal Behavior in an Inpatient Psychiatric Sample ». *Child Abuse & Neglect*, vol. 61, p. 13-22.
- Stratégie d’échantillonnage. [En ligne]. <http://archive.unu.edu/unupress/food2/UIN12F/UIN12F0C.HTM> (Page consultée le 11 mars 2018).



- Sudbury Steve May, [En ligne] .<http://sudburysteve.blogspot.ca/2017/02/think-again-about-all-growth-being-good.html> (Page consultée le 1 mars, 2018).
- Taillieu, Tamara L, Douglas A. Brownridge, Jitender Sareen et Tracie O. Afifi. 2016. « Childhood emotional maltreatment and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United States ». *Child Abuse & Neglect*. Vol 59, p. 1-12.
- Tarabulsy, George. M, Marc A. Prévost, Sulvie Drapeau, Émilie Rochette. 2008. « L'évaluation psychosociale auprès de familles vulnérables. Presses de l'Université du Québec, p. 228. ISBN 978-2-7605-1558-1.
- The Glossary of Education Reform : Scaffolding. 2014. [En ligne]. <https://www.edglossary.org/scaffolding/> (Page consultée le 17 mars 2018).
- Turcotte, Daniel. Deslauriers, Jean-Pierre. 2011. *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle*. Québec : Presses de l'Université Laval. p 1-190.
- Turner, Francis J. 2011. *Social work treatment: interlocking theoretical approaches*. 5<sup>ed.</sup>, New York : Oxford University Press.
- U.S. Department of Health & Human Services. [En ligne]. <https://www.mentalhealth.gov/basics/what-is-mental-health/> (Page consultée le 1<sup>er</sup> mars 2018).
- Van der Kolk, Bessel A. 2014. *The body keeps the score: brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York, NY: Penguin Books.
- Wardecker, Britney M, Robin S. Edelstein, Jodi A. Quas, Ingrid M. Cordon et Gail S. Goodman. 2017. « Emotional Language in Trauma Narratives Is Associated with Better Psychological Adjustment Among Survivors of Childhood Sexual Abuse ». *Journal of Language and Social Psychology*, vol. 36, no 6, p. 628-653.
- Weiten, Wayne et Doug McCann. 2013. *Study Guide For Psychology : Themes and Variations*, 3<sup>e</sup> édition. Nelson College Indigenous.
- Weber, Max. 1904-1905. "L'éthique protestants et l'esprit du Capitalisme" in *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme: Suivi d'autres essais*, pp. 1-13. © 1964 Gallimard.
- Wolynn, Mark. 2016. *It Didn't Start With You: How Inherited Family Trauma Shapes Who We Are and How to End the Cycle*. New York, New York : Penguin Books.
- Youcha, Issac. 2013. « Long-Term Psychological and Physical Consequences of Trauma in Childhood Revisited : Implications for the Group Therapist's Use of Methods and Styles of Leadership ». *The Group Psychotherapist as Coparticipant in Impasses and Trauma*, vol. 37, no 1, p. 41-56.

Young Elizabeth A, James L. Abelson, George C. Curtis et Randolph M Nesse. 1997. « Childhood Adversity and Vulnerability to Mood and Anxiety Disorders ». *Depression and Anxiety*, vol. 5, no 2, p. 66-72.

## **ANNEXES**

## ANNEXE A

### Enquête par questionnaire : Expériences défavorables de l'enfance

#### Au cours des 18 premières années de votre vie :

1. Expliquez les dynamiques familiales dans votre maison quand vous étiez en train de grandir.
  - a. Est-ce que vous ressentiez l'amour et la protection de la part de vos principaux soignants?
  - b. Est-ce qu'un parent ou un autre adulte dans le ménage vous a souvent insulté, rabaisé ou humilié ?
2. Est-ce que l'on a blasphémé à votre égard ?
3. Est-ce qu'un parent ou un autre adulte dans le ménage vous a souvent poussé, saisi ou giflé?
4. Est-ce que l'on a déjà lancé un objet vers vous ?
5. Est-ce que votre corps a été meurtri ou blessé en raison d'avoir été frappé très fort ?
6. Est-ce qu'un adulte ou une personne d'au moins 5 ans plus âgée que vous, vous a touché, ou caressé le corps de manière sexuelle ou a essayé d'avoir des rapports sexuels oraux, anaux ou vaginaux avec vous ?
7. Est-ce que les expériences d'abus physique, sexuel ou émotionnel, que vous avez vécu, étaient des incidents isolés ou ont-ils eu lieu à plusieurs reprises ?
8. Pendant combien d'années le traumatisme de l'enfance a-t-il eu lieu ?
9. Avez-vous souvent senti que les membres de votre famille ne vous aimaient pas ou ne pensaient pas que vous étiez important ou spécial ?
10. Avez-vous souvent senti que les membres de votre famille ne se protégeaient pas les uns les autres, n'étaient pas proches ou ne se soutenaient pas ?
11. Avez-vous souvent senti que vous n'aviez pas assez de nourriture à manger, que vous deviez porter des vêtements sales et que personne ne vous protégeait ?
12. Avez-vous souvent senti que vos parents étaient trop saouls ou drogués pour prendre soin de vous ou vous amener chez le médecin si vous en aviez besoin ?

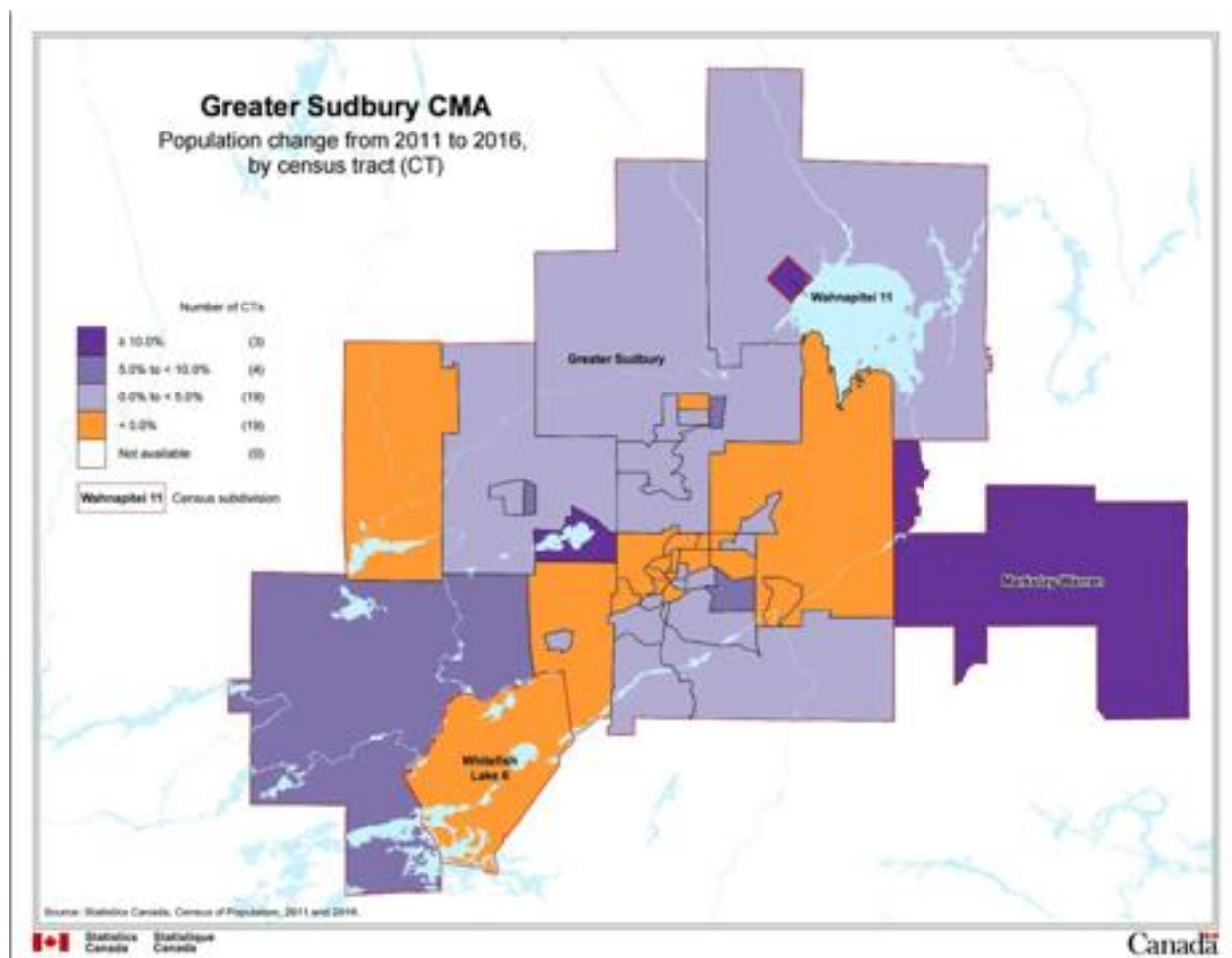
13. Est-ce que votre mère ou belle-mère a souvent été poussée, saisie ou giflée par quelqu'un dans la maison ?
14. Est-ce que l'on a déjà lancé un objet vers votre mère ou belle-mère ?
15. Est-ce que votre mère ou belle-mère a souvent été mordue ou frappée avec un poing ou un objet dur?
16. Est-ce que votre mère ou belle-mère a été frappée à plusieurs reprises au cours de quelques minutes ou menacée avec une arme à feu ou un couteau?
17. Est-ce qu'un membre de votre ménage était déprimé, souffrait en raison de la maladie mentale ou a déjà tenté de se suicider?
18. Avez-vous vécu avec quelqu'un qui était un alcoolique ou qui consommait des drogues illicites?
19. Lorsque vous étiez enfant, vous êtes-vous senti abandonné parce que vos parents souffraient d'un trouble de santé mentale, étaient abusifs envers vous ou étaient toxicomanes?

Si oui,

- a. Comment est-ce que le sentiment d'abandon a influé votre estime de soi?
- b. Comment est-ce que le sentiment d'abandon a influencé votre perception de votre environnement proche?
- c. Comment est-ce que le sentiment d'abandon a affecté votre capacité à maintenir des relations saines jusqu'à l'âge adulte?
- d. Comment est-ce que le sentiment d'abandon a affecté votre capacité à faire confiance aux adultes en position d'autorité?
20. Vos parents ont-ils déjà été séparés ou divorcés?
21. Est-ce qu'un membre de votre ménage a déjà été emprisonné?
22. Si un de vos parents est mort, comment est-ce que la mort de ce dernier a influé votre relation avec le parent vivant?
23. Si vos parents ont été incapables d'agir comme vos principaux dispensateurs de soins, pendant votre enfance, en raison de la toxicomanie, des troubles de santé mentale, de l'emprisonnement ou de la mort, qui les ont remplacés à cet égard?
24. Qu'est-ce que vous auriez eu besoin de vos principaux soignants afin de vous ressentir en sécurité?

25. Comment avez-vous ressenti lorsque vos parents étaient à votre disposition d'une perspective physique, mais émotionnellement indisponible pour répondre à vos besoins quotidiens?
26. Comment pensez-vous que votre vie d'adulte a été influencée parce que vous avez dû assumer les rôles et les responsabilités d'adulte, au sein de votre famille, durant votre enfance?
27. Ressentez-vous la rancœur à la suite de telles expériences?
28. Comment vous êtes-vous senti à la suite de devoir protéger vos jeunes frères et sœurs de l'abus?
29. Croyez-vous que votre diagnostic actuel de santé mentale est lié aux traumatismes de l'enfance que vous avez vécus?
30. Croyez-vous que les maux physiques que vous éprouvez en tant qu'adulte sont liés aux traumatismes de l'enfance que vous avez vécus?
31. Si vous aviez l'occasion de remonter dans le temps et de parler à vous-même, quand vous étiez enfant, qu'est-ce que vous vous diriez par rapport aux traumatismes que vous viviez?

## ANNEXE B



Source : Sudbury Steve May, [En ligne] <http://sudburysteve.blogspot.ca/2017/02/think-again-about-all-growth-being-good.html> (Page consultée le 1 mars, 2018).

## ANNEXE C



**Unité de soins psychiatriques pour patients hospitalisés**  
Centre de santé du lac Ramsey, 6 Nord  
41, chemin du lac Ramsey, Sudbury  
705 523-7100, poste 1256

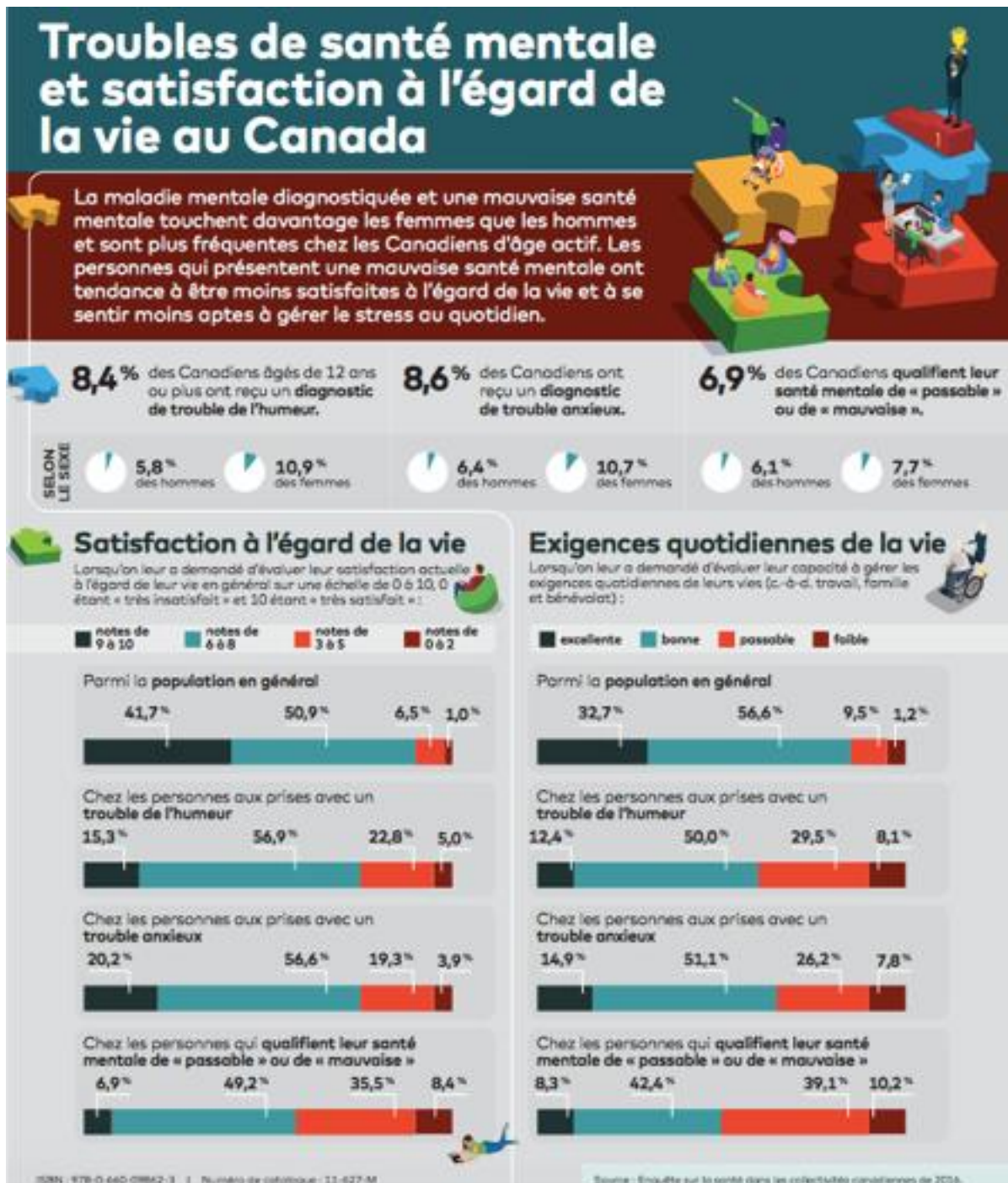
**Unité de soins psychiatriques pour patients hospitalisés**  
Place Kirkwood, 5<sup>e</sup> étage  
680, promenade Kirkwood, Sudbury  
705 675-5900, poste 8042

Les unités pour patients adultes hospitalisés font partie de notre établissement prévu à l'Annexe 1 et fournissent des soins actifs à court terme aux adultes de 18 ans et plus. L'évaluation psychiatrique (volontaire et involontaire), la stabilisation et le traitement sont offerts. Le milieu hospitalisé est désigné spécialement pour les patients adultes qui, à cause d'un trouble psychiatrique, sont gravement malades et ne peuvent être gérés dans la communauté. L'admission à ces unités se fait par une recommandation d'un psychiatre ou son représentant désigné.

Source : Horizon Santé-Nord : Services Psychiatriques [En ligne].  
<https://www.hsnsudbury.ca/portalfre/Programmes-et-services/Santé-mentale-et-toxicomanie/Services-psychiatriques> (Page consultée le 1 mars, 2018).



## ANNEXE D



Source : Statistique Canada : Troubles de santé mentales et satisfaction à l'égard de la vie au Canada, [En ligne]. <https://www.statcan.gc.ca/pub/11-627-m/11-627-m2017033-fra.htm> (Page consultée le 1 mars, 2018).

## ANNEXE E



Source : Statistique Canada : L'accès aux soins de santé mentale au Canada, [En ligne].  
<https://www.statcan.gc.ca/pub/11-627-m/11-627-m2017019-fra.htm> (Page consultée le 1 mars, 2018).